

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Zhodnocení dostupnosti vybraných zdravotních služeb ambulantní péče
v Moravskoslezském a Olomouckém kraji
Evaluation of Availability of Selected Health Services of Outpatient
Care in the Moravian-Silesian and Olomouc Regions

Student:

Bc. Martina Křístková

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.

Ostrava 2020

VŠB - Technická univerzita Ostrava
Ekonomická fakulta
Katedra veřejné ekonomiky

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Martina Křístková**
Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa
Studijní obor: 6202T055 Veřejná ekonomika a správa
Téma: **Zhodnocení dostupnosti vybraných zdravotních služeb ambulantní péče
v Moravskoslezském a Olomouckém kraji**
**Evaluation of Availability of Selected Health Services of Outpatient
Care in the Moravian-Silesian and Olomouc Regions**

Jazyk vypracování: čeština

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
 2. Vymezení zdravotních služeb v České republice
 3. Analýza dostupnosti vybraných zdravotních služeb ambulantní péče v Moravskoslezském a Olomouckém kraji
 4. Zhodnocení dostupnosti vybraných zdravotních služeb ambulantní péče v Moravskoslezském a Olomouckém kraji
 5. Závěr
- Seznam použité literatury
Seznam zkratk
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce
Seznam příloh
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

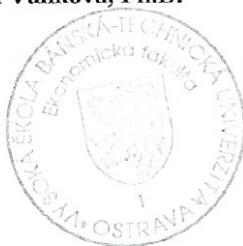
- DOLANSKÝ, Hynek. *Preventivní prohlídky v primární ambulantní péči*. Praha: Raabe, 2019. 202 s. ISBN 978-80-7496-415-2.
- HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2019. 120 s. ISBN 978-80-271-0568-7.
- PESTOFF, Victor. *Co-production and public service management: citizenship, governance and public service management*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2019. 204 p. ISBN 978-0-815-39504-1.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.**

Datum zadání: 22.11.2019

Datum odevzdání: 24.04.2020



doc. Ing. Iveta Vrábková, Ph.D.
vedoucí katedry

doc. Ing. Lenka Kauerová, CSc.
proděkanka pro studium
na základě pověření k jednání č.j.
VSB/19/050319/9900 ze dne 24. 9. 2019

Prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci, včetně všech příloh, vypracovala samostatně.

V Ostravě dne 21. dubna 2020

.....
Bc. Martina Křístková

Obsah

1	Úvod.....	5
2	Vymezení zdravotních služeb v České republice	7
2.1	Veřejné služby.....	7
2.2	Péče o zdraví a zdravotní politika	8
2.3	Systémy zdravotní péče a jeho ukazatelé	10
2.4	Systém zdravotní péče v České republice	12
2.5	Druhy zdravotních služeb	16
2.5.1	Zdravotní služby podle časové naléhavosti	16
2.5.2	Zdravotní služby podle účelu jejího poskytnutí.....	17
2.6	Formy zdravotních služeb	18
2.6.1	Ambulantní péče	18
2.6.2	Lůžková péče	19
2.6.3	Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním zařízení	20
2.7	Poskytovatelé zdravotních služeb	21
3	Analýza dostupnosti vybraných zdravotních služeb ambulantní péče v Moravskoslezském a Olomouckém kraji.....	23
3.1	Vymezení dostupnosti zdravotních služeb.....	23
3.1.1	Časová dostupnost zdravotních služeb	24
3.1.2	Místní dostupnost zdravotních služeb.....	25
3.2	Vymezení jednotlivých oborů	26
3.3	Dostupnost zdravotních služeb v Moravskoslezském kraji	26
3.3.1	Charakteristika Moravskoslezského kraje	26
3.3.2	Poskytovatelé zdravotních služeb v Moravskoslezském kraji.....	28
3.4	Dostupnost zdravotních služeb v Olomouckém kraji	36
3.4.1	Charakteristika Olomouckého kraje	36
3.4.2	Poskytovatelé zdravotních služeb v Olomouckém kraji.....	37
4	Zhodnocení dostupnosti vybraných zdravotních služeb ambulantní péče v Moravskoslezském a Olomouckém kraji.....	44
4.1	Charakteristika nástrojů pro hodnocení místní dostupnosti	44
4.2	Zhodnocení dostupnosti v Moravskoslezském kraji	48
4.3	Zhodnocení dostupnosti v Olomouckém kraji	54
5	Závěr	60
	Seznam použité literatury	64
	Seznam zkratk	67

1 Úvod

Veřejné zdravotnictví se zabývá řízením zdravotní péče, základy teorie, kterými navazuje na charakteristiky společnosti, a to zdravotní, politické, sociální, právní a ekonomické i kulturní. Cílem veřejného zdravotnictví je poznávat konkrétní determinanty zdraví, jakým způsobem je lze ovlivnit a s využitím získaných poznatků podpořit co nejvyšší možné úroveň zdraví obyvatelstva. Všechny činnosti, které ovlivňují příznivě zdraví lidí, si lze představit jako péče o zdraví. Zdraví je definováno mnoha způsoby, ale obecně je vnímáno jako stav bez nemoci. Zdraví je také jedno ze základních lidských práv. V České republice je toto právo stanoveno Ústavou, konkrétně v Listině základních práv a svobod, hlava čtvrtá v čl. 31.

Zdraví je primární společenskou a ekonomickou hodnotou, protože přispívá ke zvýšení produktivity práce, zvýšení efektivity práce, snižuje výdaje na nemoci, čímž zlepšuje celkovou ekonomickou situaci společnosti (Čevela, 2015). Zdraví je ovlivňováno determinanty, jako je životní styl, postoj k vlastnímu zdraví, genetické faktory, faktory životního prostředí, zdravotní služby a jejich kvalita (Hamplová, 2019). Mezi poslední zmíněný determinant patří úroveň zdravotnictví, rozvoj medicíny a jiné lékařské techniky, zdravotní politika, dostupnost zdravotní péče. Těmito otázkami se zabývají zejména mezinárodní organizace, jako je Světová zdravotnická organizace (WHO) nebo Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), ve kterých je Česká republika členem. Rovněž Evropská unie má za cíl usnadnění plnění společných cílů v oblasti zdravotnictví a péče o zdraví, jako např. zaměření na zlepšení zdraví, předcházení nemocí a v rámci Strategie „Společně pro zdraví“ má stanoveny čtyři priority – podpora zdraví a prevence nemocí, zvládnutí přeshraničních zdravotních hrozeb, účinný a hospodárný zdravotní systém přijímající inovace, všeobecná dostupnost zdravotní péče. Všeobecná dostupnost zdravotní péče je i prioritou stanovenou WHO, jejímž cílem je zajistit dostupnost zdravotních služeb a finanční podporu nemocných, k zabránění vážné sociální nouze z důvodu nemoci. A právě dostupnost zdravotní péče je předmětem diplomové práce.

Předmětem diplomové práce je analýza dostupnosti vybraných zdravotních služeb z oblasti primární a specializované ambulantní péče. V oblasti primární péče se jedná o odbornost zubního lékařství, gynekologie a porodnictví, z oblasti specializované ambulantní péče je pro analýzu vybrána odbornost kardiologie, revmatologie a dětská gynekologie.

Cílem diplomové práce je zhodnocení místní dostupnosti vybraných zdravotních služeb poskytovateli ambulantní péče v Moravskoslezském a Olomouckém kraji v roce 2018.

Pro zjištění cíle diplomové práce je stanovena tato hypotéza:

„Místní dostupnost v obou hodnocených krajích ve zkoumaném období byla zjištěna v souladu s nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.“

Diplomová práce obsahuje celkem pět kapitol, kde první kapitolou je úvod diplomové práce a poslední kapitolou závěr. V druhé kapitole jsou stručně vysvětleny veřejné služby, mezi které lze zdravotní služby zařadit, základní cíle zdravotní politiky a charakteristika systému zdravotní péče v České republice. Dále jsou vymezeny druhy a formy zdravotní péče, základní informace o způsobnostech pro výkon povolání u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. Úvod třetí kapitoly nejdříve charakterizuje obecně dostupnost zdravotní péče dle základních druhů a následně podle platné legislativy České republiky, dále je již praktickou částí diplomové práce. Jsou zde představeny vybrané kraje a jejich charakteristiky, dále jsou charakterizovány jednotlivé vybrané zdravotní služby v oblasti primární péče a sekundární péče. V další části je provedena analýza fyzické dostupnosti v okresech Moravskoslezského a Olomouckého kraje. Čtvrtá kapitola zhodnocuje dostupnost ve vybraných oblastech prostřednictvím prostorové analýzy s použitím nástrojů ArcGIS Online a Here (informace o silnicích a dopravě, ohodnocení silniční sítě, které byly integrovány do služby ArcGIS Online). Pátá kapitola, tedy závěr diplomové práce shrnuje poznatky získané v jednotlivých kapitolách.

V diplomové práci jsou využity metody analýzy, konkrétně ve třetí kapitole je provedena analýza fyzické dostupnosti v oborech vybraných zdravotních služeb. Ověření stanovené hypotézy je realizováno pomocí prostorové analýzy a následné syntézy získaných dat.

Diplomová práce se v teoretické části opírá o odbornou knižní literaturu, odborné časopisy a relevantní internetové zdroje, dále vychází z aktuálně platných legislativních norem a právního stavu platného k 1. lednu 2020. V praktické části diplomové práce jsou využity údaje získané prostřednictvím veřejně dostupných dat.

2 Vymezení zdravotních služeb v České republice

Zdravotní služby je možné zařadit mezi veřejné služby, které lze definovat jako služby, jež jsou poskytovány ve veřejném zájmu, jsou hrazené státem, a to zčásti nebo zcela. Základní specifikou těchto služeb je, že by měly být dostupné každému ve stejné kvalitě.

2.1 Veřejné služby

Veřejné služby jsou součástí sektoru služeb, jejichž základní vlastností je veřejnost, tedy musí být poskytovány ve veřejném zájmu a jsou poskytovány k uspokojení lidských potřeb. Cílem veřejných služeb je zabezpečit trvale udržitelný rozvoj celospolečenských hodnot, zejména na rozvoj lidského potenciálu. Veřejné služby jsou nabízeny a zároveň poptávány na základě specifických individuálních a kolektivních potřeb, normovány veřejnými politikami a jejich realizace probíhá z veřejných prostředků (Vrabková a kol., 2017).

Veřejné statky (někdy také označované jako kolektivní) jsou statky, které jsou poskytovány státem, veřejně z veřejných prostředků. Teorie uvádí, že veřejné služby mohou být poskytovány všem ve stejném množství, nikoho nelze vyloučit ze spotřeby, to jsou tzv. čisté veřejné služby. Veřejné služby zařazené do odvětví rozvoje člověka, kde lze zařadit i zdravotnictví, jsou většinou smíšené veřejné služby, které jsou garantované státem a legislativou, ale na jejich poskytování se podílejí neziskové organizace, veřejnoprávní organizace, apod. Většinu veřejných služeb poskytuje veřejný sektor, ale mohou je poskytovat i soukromé nebo neziskové organizace (Benčo, 2012).

Veřejné služby ve většině rozvinutých zemí čelí složitým a někdy i protichůdným finančním, sociálním a politickým výzvám. Fiskální restriktce v kombinaci s novými agendami v oblasti New Public Management vedou k výrazným omezením, kdy je požadována větší efektivita při vytváření veřejných služeb. Tato omezení následně vyvolávají obavy o kvalitu služeb. Pro veřejné služby, jako jsou sociální nebo zdravotní služby, je důležitá spolupráce (nebo také partnerství) mezi občany a poskytovateli veřejných služeb. Cílem spolupráce mezi odborníky, tedy poskytovateli veřejných služeb, a jejich klienty je řešit takové výzvy jako je zlepšení účinnosti a účelnosti veřejných služeb, najít řešení pro uspokojení budoucích potřeb stárnoucí populace. Nové formy poskytování služeb se zaměřují na posílení postavení občanů, účast a demokracii, dále na zapojení občanů, kteří jsou motivováni veřejnými politikami (Pestoff, 2019).

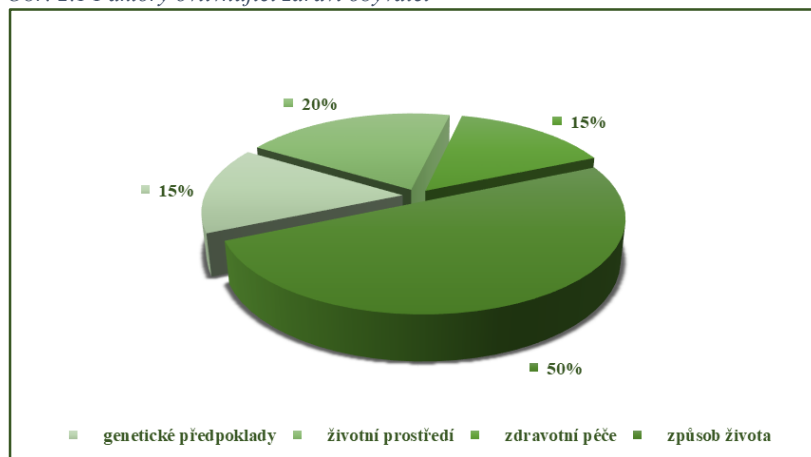
Veřejné služby jsou také vymezovány jako netržní služby veřejného sektoru, které ale jsou v přímém vztahu k lidskému potenciálu nebo lidskému kapitálu, např. vzdělávání, kultura nebo zdravotnictví (Benčo, 2012).

2.2 Péče o zdraví a zdravotní politika

Všechny činnosti, které společnost provádí pro prevenci nemocí, pro prodloužení života nebo zabezpečení zdraví budoucí generace jsou péče o zdraví. Dostupnost zdravotní péče je založena na principu solidarity, tedy solidarity zdravého člověka s nemocným, mladého se starým nebo bohatého s chudým (Peková, 2019).

Faktory, které působí na zdraví člověka, jsou označovány jako determinanty zdraví a mohou mít pozitivní nebo také negativní vliv na zdravotní stav obyvatelstva. Mnoho autorů rozděluje tyto faktory podle prostředí, na vnější a vnitřní. Faktorem vnitřního prostředí jsou genetické předpoklady, mezi faktory vnějšího prostředí jsou zařazovány životní prostředí, způsob života (např. výživa, pohybová aktivita, stres, pracovní zátěž), zdravotní péče (zde lze zařadit počet zdravotnických zařízení, jejich strukturu a vybavenost, způsob financování). Procentuální vliv jednotlivých faktorů je graficky zobrazen na obrázku 2.1.

Obr. 2.1 Faktory ovlivňující zdraví obyvatel



Zdroj: ČEVELA, Rostislav. Sociální a posudkové lékařství. 2015. Vlastní zpracování.

Právo na zdraví je někdy odvozováno od práva na život. Stát by měl zabezpečit nejen ochranu zdraví každého jednotlivého občana před zdravotními riziky, která jsou spojena s činnostmi ostatních občanů, ale hlavně garantovat přístup ke zdravotní péči. Žádný stát ale nedokáže zabezpečit veškerou zdravotní péči, kterou by dnešní medicína umožňovala. Důvodem také může být, že některé medicínské postupy nejsou klinicky potvrzeny, tedy nebyl doložen vědecký důkaz (Maaytová, 2012).

Stát zasahuje do zdravotní péče a poskytování zdravotních služeb, dále ovlivňuje i rozsah a kvalitu zdravotní péče, spolupracuje s řadou odborníků. To vše vede ke koncepci zdravotní politiky státu. Evropská unie (dále jen EU) se zaměřuje na koordinování systémů zdravotní péče a sociálního zabezpečení, aby bylo dosaženo kvalitní zdravotní péče pro občany jakéhokoliv věku (Peková, 2019).

Ochrana zdraví a jeho podpora je významnou částí společné politiky EU, na kterou navazují zdravotní politiky jednotlivých zemí. Tato politika se zaměřuje na zlepšování ochrany veřejného zdraví, předcházení nemocem, odstraňování jejich příčin (Hamplová, 2019). Primárními cíli programu Zdraví 2020 jsou snížení předčasné úmrtnosti, zvýšení naděje dožití, zvýšení životní pohody obyvatel, snížení nerovností v oblasti zdraví, a také velmi důležité zabezpečení dostupnosti zdravotní péče. Aktuálně je realizován Třetí program pro oblast zdraví, a to pro období 2014 – 2020. Cílem tohoto programu je podpora zdraví obyvatelstva, předcházení nemocem, zajišťování prostředí, které preferuje zdravý životní styl.

Oblast zdravotní péče se také v České republice (dále jen ČR) stala významnou součástí strategických dokumentů, které navazují na mezinárodní dohody a dokumenty. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, definuje zdravotní péči jako činnosti a opatření, které jsou prováděné u občanů a jejichž účelem je předcházení, odhalení nebo odstranění nemoci, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního stavu, zmírnění utrpení, udržení a prodloužení života, pomoc při reprodukci a porodu, posouzení zdravotního stavu. Vláda ČR přijala dne 18. listopadu 2019 Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. Vizí Strategického rámce Zdraví 2030 je zabezpečit, aby všichni občané České republiky měli dostupnou zdravotní péči bez ohledu na prostředí, ze kterého pocházejí, geografického nebo sociálního. Důležitá je i podpora tzv. zdravotní gramotnosti občanů, tedy podpora znalostí a vědomostí občanů, tak aby dokázali prospívat vlastnímu zdraví. Zdravotnický systém ovlivňuje zejména demografický vývoj. Lze předpokládat, že se stárnutím populace porostou veřejné výdaje na zdravotní péči a dalším důsledkem může být také stárnutí lékařů a zdravotnického personálu. To může mít za následek jejich budoucí nedostatky, převážně v odlehklých regionech. Přestože, dle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, celkový počet lékařů roste, v roce 2018 činil nárůst úvazků lékařů 1 % (ÚZIS ČR, 2019). Velkým problémem se tak stává odchod mladých lékařů

do zahraničí, o které je velký zájem. Strategický rámec Zdraví 2030 specifikuje tři základní strategické cíle:

1. Zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva,
2. Optimalizace zdravotnického systému,
3. Podpora vědy a výzkumu.

Ukazatelem kvality života je zdravotní stav obyvatelstva. Zdravotní politika si klade za cíl podporovat občany, aby se zajímali o svůj zdravotní stav, čehož mohou dosáhnout zdravým životním stylem a prevencí nemocí. Součástí prvního cíle tak je reforma modelu primární péče – posílit roli praktických lékařů a zvýšit dostupnost zdravotní péče všem občanům ČR. Součástí druhého cíle je zvýšení účinnosti, hospodárnosti a také trvale udržitelného systému, v rámci něhož jde o podporu integrace zdravotní a sociální péče, podporu služeb dlouhodobé péče, podporu digitalizace zdravotnictví a optimalizace systému úhrad. Věda a výzkum ve zdravotnictví na základě objasňování příčin vzniku chorob mohou pomáhat ke zlepšování zdravotního stavu občanů, například tím, že přinášejí nové léčebné postupy, zavádějí inovativní terapeutické nebo diagnostické metody (MZ ČR, 2020a).

2.3 Systémy zdravotní péče a jeho ukazatelé

Odvětví národního hospodářství produkující zdravotní služby je označováno jako zdravotnický systém. Zdravotnický systém je subsystémem systému péče o zdraví, je systémem specifických institucí a zařízení pro poskytování zdravotních služeb. Zdravotnický systém je založen na třech prvcích, které vzájemně spolupracují – pacient, který je příjemcem péče, poskytovatel zdravotních služeb (tedy lékaři a ostatní zdravotnická zařízení) a plátce, který danou zdravotní službu uhradí finančně (Jarošová, 2008). Podle způsobu úhrady tak lze rozlišit tři základní modely:

1. Liberálně-tržní zdravotnictví, ve kterém je zdravotní péče financována prostřednictvím soukromého pojištění, které může být doplněno o programy státní nebo redistribuční, v případě selhání trhu. Zdravotní péče je hrazena přímou platbou poskytovateli zdravotní služby. Nevýhodou tohoto modelu je nízká dostupnost zdravotní péče a nedostatečná prevence (tento model lze najít např. v USA).
2. Bismarckův model, kde je zdravotní péče financována prostřednictvím veřejného povinného pojištění. Z tohoto pojištění je hrazena základní zdravotní

péče. Model je charakteristický především principem solidarity, přičemž stát garantuje určitý standard. Povinné zdravotní pojištění je odváděno na účet zdravotních pojišťoven. Výhodou tohoto modelu je dostupnost zdravotní péče, ale nevýhodou naopak může být vysoká administrativa nebo nepřehlednost v systému. Tento model je realizován např. v Německu, Francii a také v České republice.

3. Beveridgeovský model je také nazýván systémem národní zdravotní služby, neboť se zdravotnictví financuje prostřednictvím státního rozpočtu (daňové zatížení). Stát garantuje zdravotní péči všem, občané mají právo na komplexní zdravotní péči, velkou váhu mají praktičtí lékaři (tzv. rodinní lékaři), kteří jsou odpovědní za prevenci a zároveň koordinují poskytování zdravotní péče podle zdravotního stavu. Model doplňuje i možnost soukromého zdravotního pojištění pro nadstandardní služby, model je uplatňován např. ve Velké Británii, Kanadě nebo severských zemích.

Zdravotnické systémy jednotlivých zemí jsou srovnávány a hodnoceny, přičemž k tomuto jsou využívány základní kritéria, jako adekvátní a dostupné zdravotní služby, kvalita péče, ekonomická nákladovost, výkonnost, rovnost (ekvita) nebo sociální akceptabilita. Kvalitu zdravotní péče ovlivňuje jednak kvalita vzdělávání nejen lékařů, ale i zdravotních sester, dále výsledky vědy a výzkumu, nové technologie a je samozřejmě také závislá na dostupných finančních zdrojích. Kvalita péče působí na zdravotní stav obyvatelstva, proto se vyhodnocuje podle ukazatelů jako je např. střední délka života, úmrtnost nebo nemocnost, ale také počet dní hospitalizace nebo spokojenost pacienta. Ekonomická nákladovost je vyjadřována spotřebou finančních prostředků ve zdravotnictví, a to procentním podílem z hrubého domácího produktu (HDP). Výkonnost zdravotnického systému je vztažena ke zdravotním potřebám populace a ekonomickým zdrojům, kde se vyhodnocuje na základě hodnocení efektivity (např. analýza nákladů a přínosů). Sociální akceptabilitou se vyhodnocuje, zda zdravotnický systém je přijatelný pro občany daného státu.

Dostupnost je rovněž významným faktorem kvality a výkonnosti zdravotních služeb. Ve zdravotnictví dostupnost přispívá k vymezení určité úrovně ekvity ve zdraví¹ (Vrabková, Vaňková, 2015). V rámci mezinárodních srovnání je dostupnost součástí

¹ Ekvitou ve zdraví je označována spravedlivá možnost pro všechny a pomoc pro znevýhodněné občany, aby měli všichni stejnou příležitost dosáhnout svého plného individuálního zdravotního potenciálu.

standardů kvality systémů zdravotní péče. Mezinárodním srovnáním kvality v systémech zdravotní péče se zabývá například organizace Health Consumer Powerhouse, která sleduje a srovnává systémy zdravotní péče v 35 zemích. Hodnocení kvality následně zveřejňuje prostřednictvím indexu Euro Health Consumer Index (EHCI). Základními ukazateli pro hodnocení a stanovování výsledků jsou práva pacientů, poskytnuté informace, dostupnost zdravotní péče (včetně čekací doby na léčbu), výsledky zdravotní péče, rozsah zdravotních služeb, léky a léčiva. Hodnocení následně vychází podle přidělených relativních vah. V roce 2018 se Česká republika umístila na 14. místě s celkovými 731 body, dokonce dosáhla o několik bodů více než v roce předchozím (HCP, 2019).

2.4 Systém zdravotní péče v České republice

České zdravotnictví bylo reformováno po roce 1989, kdy došlo k decentralizaci a liberalizaci systému zdravotní péče. V důsledku reformy došlo ke zrušení krajských a později i okresních ústavů národního zdraví a jejich transformaci na samostatná zdravotnická zařízení. Cílem této transformace bylo vytvoření nového systému zdravotní péče tak, aby více vyhovoval potřebám všech obyvatel. Proto vznikala nová zdravotnická zařízení, především ambulantní, ale také došlo k rozšíření a modernizaci přístrojového vybavení zdravotnických zařízení, byly zaváděny nové léčebné postupy. Z původního financování, pouze ze státního rozpočtu, byl systém transformován na vícezdrojové financování (Čevela, 2015).

Mezi základní zásady, které vystihují systém zdravotní péče v České republice, patří financování zdravotnictví z více zdrojů, přičemž převažuje veřejné zdravotní pojištění a pro všechny svobodná volba lékaře nebo zdravotnického zařízení. Stát by měl zaručit přiměřenou úroveň této zdravotní péče pro všechny občany a zajistit pro ně kvalitní péči, která je ekonomicky, časově i místně dostupná (Čevela, 2015).

Zdravotnictví v ČR je systém, který je založen na solidaritě a také na dostupnosti zdravotní péče pro všechny občany. Uspořádání zdravotnického systému vychází z tzv. Bismarckova modelu (Jarošová, 2008). V čele resortu je Ministerstvo zdravotnictví ČR, které je organizační složkou státu, zároveň zřizuje příspěvkové organizace a organizační složky státu, mezi něž patří fakultní nemocnice, krajské hygienické stanice, aj. Je také orgánem státní správy pro ochranu veřejného zdraví a zdravotní služby (Peková, 2019). Stát prostřednictvím ministerstva zdravotnictví zabezpečuje také oblast

legislativní, oblast zdravotního pojištění, mezinárodních vztahů a částečně také oblast vzdělávání a výzkumu. Zdravotní politika je také uplatňována na krajské úrovni, např. provozování speciálních zdravotnických zařízení, monitoring zdravotní situace v kraji. Krajské úřady zajišťují registrace zdravotnických zařízení. Obce a města podporují a rozvíjejí primární zdravotní péči, jejich snahou je zajištění dostupnosti zdravotní péče pro své občany (Jarošová, 2008).

V České republice je financování zdravotní péče pokryto především z veřejného zdravotního pojištění, tedy financování prostřednictvím zdravotních pojišťoven, dále z veřejných rozpočtů, jako je státní i místní rozpočet a financování domácností (Barták, 2010). Dle údajů Českého statistického úřadu se veřejné zdroje podílejí na celkových výdajích za zdravotní péči 84 %, z toho největší podíl tvoří úhrady zdravotních pojišťoven z veřejného zdravotního pojištění (necelých 66 % celkových výdajů na zdravotní péči). Domácnosti za zdravotní péči uhradí přibližně 13 % z celkových výdajů na zdravotní péči. Nejmenší podíl na celkových výdajích tvoří soukromé zdroje (soukromé zdravotní pojištění, neziskové instituce, aj.), které se podílí necelými 3 % (ČSÚ, 2020a).

Veřejné zdravotní pojištění bylo zavedeno zákonem č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, který byl později nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o zdravotním pojištění). Tímto zákonem je upraveno veřejné zdravotní pojištění, jsou stanoveny podmínky a rozsah úhrady zdravotních služeb. V České republice je pojištění povinné pro všechny osoby, které mají na území ČR trvalý pobyt nebo osoby zaměstnané u zaměstnavatele se sídlem na území ČR, jde o tzv. pojištěnce. Zdravotní pojištění je tak založeno dnem narození, dnem získání trvalého pobytu v ČR nebo dnem zahájení zaměstnaneckého poměru. Naopak datem úmrtí, datem ukončení trvalého pobytu nebo zaměstnaneckého poměru zdravotní pojištění zaniká. Správou veřejného zdravotního pojištění byly pověřeny zdravotní pojišťovny, které odpovídají za výběr pojistného a úhradu zdravotní péče poskytovatelům zdravotních služeb. Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny a právo změnit zdravotní pojišťovnu jednou za 12 měsíců, a to vždy k 1. dni kalendářního pololetí. Oznámení změny pojišťovny lze podat nejpozději tři měsíce před datem změny.

Pojistné specifikuje zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o pojistném). Pojistné je hrazeno

na účet příslušné zdravotní pojišťovny. Plátcem pojistného mohou být pojištěnec, pokud jde o osobu samostatně výdělečně činnou nebo osobu bez zdanitelných příjmů, zaměstnavatel, který odvádí pojistné také za své zaměstnance a posledním plátcem je stát. Stát, prostřednictvím Ministerstva financí České republiky, odvádí pojistné za nezaopatřené děti, poživatele důchodu, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské nebo osoby na rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání (pokud jsou v evidenci úřadu práce), osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a také za osoby ve výkonu trestu nebo vazby. Pojistné je stanoveno ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. Pro státem hrazené pojištěnce je stanoven vyměřovací základ zákonem o pojistném, konkrétně v § 3c. Zaměstnavatel odvádí pojistné ve výši 9 % a za své zaměstnance ve výši 4,5 % ze mzdy. Osoba samostatně výdělečně činná (dále jen OSVČ) odvádí pojistné formou záloh a doplatku pojistného. Vyměřovacím základem OSVČ je 50 % z příjmu ze samostatné činnosti, a to po odpočtu všech výdajů, které byly nutné na jeho dosažení a zajištění. Za osobu bez zdanitelných příjmů (dále jen OBZP) je považován pojištěnec, který nemá příjmy ze zaměstnání, z výdělečné činnosti a stát za něj nehradí pojistné. Vyměřovacím základem pro výpočet pojistného u OBZP je minimální mzda.

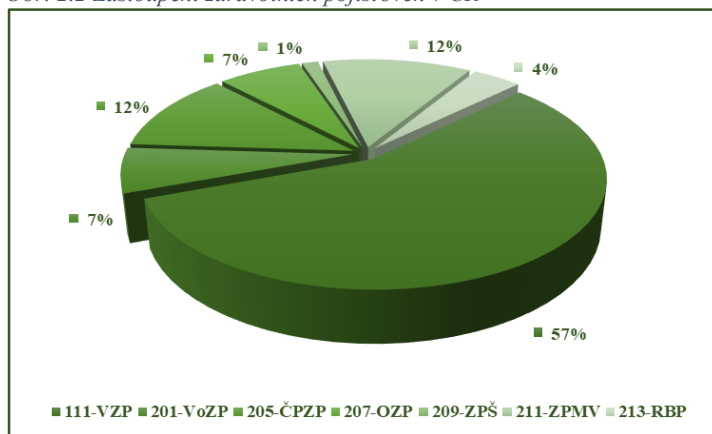
Pojistné, které vyberou zdravotní pojišťovny, podléhá přerozdělování, jehož účelem je vyrovnat rozdíly, které vznikají mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami z důvodu rozdílných skladeb jejich pojištěnců. Úkolem přerozdělování je tedy zajistit určitou míru solidaritu pojištěnců s vysokými a nižšími příjmy, a také zdravých pojištěnců s pojištěnci nemocnými. Přerozdělování pojistného je zabezpečováno prostřednictvím Zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění, který byl zřízen a spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR na základě zákona o pojistném. Tento účet vede odděleně od svých ostatních účtů a fondů. Přerozdělování probíhá již od roku 1993, kdy bylo přerozdělováno pouze 60 % vybraného pojistného, nebyly zohledňovány další kritéria, kromě počtu a věku pojištěnců, za které odváděl pojistné stát. V roce 2005 již bylo přerozdělováno 100 % vybraného pojistného, jehož kritériem se stala i nákladovost pojištěnců podle věku a pohlaví. Poslední úprava mechanismu přerozdělování je platná od 1. 1. 2018, kdy se přistoupilo k tzv. PCG přerozdělování. Tento nový model přerozdělování provádí přerozdělování pojistného podle indexů (nákladových indexů věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin pojištěnců) a nákladných hrazených služeb. Celkem bylo vymezeno 38 věkových skupin (19 pro ženy

a 19 pro muže) a 25 farmaceuticko-nákladových skupin (zařazení chronicky nemocných pojištěnců podle spotřeby léčivých přípravků). Nákladné hrazené služby jsou zdravotní služby, jejichž výše úhrady za pojištěnce překročila částku odpovídající součtu příjmu na tohoto pojištěnce z přerozdělování podle indexů a zajišťovací konstanty. Výši jednotlivých parametrů pro přerozdělování, stanovuje vyhláškou každoročně Ministerstvo zdravotnictví ČR, a to na základě informací poskytovaných zdravotními pojišťovnami. Přerozdělování podle indexů je prováděno měsíčně, přerozdělování podle nákladných hrazených služeb je prováděno formou měsíčních zálohových plateb a ročního vyúčtování.

Zdravotní pojištění provádějí zdravotní pojišťovny (ZP). Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, které byly zřízeny zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. Vznik dalších zdravotních pojišťoven byl umožněn přijetím zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Tyto zákony vymezují činnost zdravotních pojišťoven, jejich organizační strukturu a orgány, způsob hospodaření. V České republice existuje k 1. 1. 2020 celkem sedm zdravotních pojišťoven:

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP)
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (VoZP)
- 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)
- 207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)
- 209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)
- 211 Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR (ZPMV)
- 213 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP)

Obr. 2.2 Zastoupení zdravotních pojišťoven v ČR



Zdroj: Základní ukazatele ZP (MZ ČR, 2020c). Vlastní zpracování.

Pojištěnci jsou mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami rozděleni nerovnoměrně, přičemž jednoznačně nejvíce je pojištěnců VZP, jež má na trhu dominantní postavení. Rozdělení podle průměrného počtu pojištěnců k 31. 12. 2018 je graficky zobrazeno na obrázku 2.2.

Zdravotní pojišťovny hradí ze zdravotního pojištění zdravotní služby poskytnuté jejím pojištěncům poskytovatelům zdravotních služeb (dále jen PZS), se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb. Předmětem smlouvy je způsob a výše úhrady a případná regulační omezení. Tito poskytovatelé tvoří smluvní síť zdravotní pojišťovny. Smlouvu lze uzavřít pouze pro zdravotní služby, které je PZS oprávněn poskytovat (neodkladnou péči lze poskytovat i bez uzavření smlouvy). Prostřednictvím smluvní sítě poskytovatelů zdravotních služeb je zdravotní pojišťovna povinna zabezpečit poskytování hrazených služeb, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Dostupnost bude blíže specifikována v kapitole 3 (MZ ČR, 2020b).

2.5 Druhy zdravotních služeb

Zdravotní služby lze členit podle časové naléhavosti a také podle účelu poskytování zdravotních služeb. Podle časové naléhavosti je zdravotní péče rozlišena podle toho, jakým způsobem je poskytována. Jde o péči neodkladnou, akutní, nezbytnou nebo plánovanou. Podle účelu poskytování zdravotních služeb je péče rozlišována jako preventivní péče, dispenzární péče, diagnostická péče, léčebná péče, ošetrovatelská, paliativní péče a lékárenská péče (Dolanský, 2019).

2.5.1 Zdravotní služby podle časové naléhavosti

Neodkladná zdravotní péče je taková péče, která má zabezpečit omezení nebo zamezení vzniku náhlých stavů, které by mohly ohrozit život, tedy vedou k náhlým úmrtím nebo vážnému ohrožení zdraví. Takovýto stav může nastat např. při úrazu, při vzniku akutního onemocnění, akutního zhoršení zdravotního stavu nebo při neodkladném porodu.

Akutní péči lze specifikovat jako zdravotní péči, která by měla zamezit zhoršení zdravotního stavu, aby bylo možné zjistit potřebné léčebné postupy, tak aby pacient neohrozil sám sebe nebo své okolí.

Nezbytná péče je péče, která je poskytnuta zahraničnímu pacientovi, aby nemusel odcestovat do země, ve které je pojištěn dříve, než zamýšlel. Jde o zdravotní péči, kterou

vyžaduje zdravotní stav pacienta, např. i včetně operačního zákroku, pooperačních prohlídek, porodu a poporodní péči o matku i dítě. Mezi nezbytnou péčí lze zařadit i péči o chronicky nemocné pacienty (např. dialýza), ale zde je nutná dohoda se zdravotnickým zařízením, které tuto péči bude poskytovat předem.

Mimo tři výše uvedené zdravotní služby zde lze zařadit ještě i péči plánovanou, tedy zdravotní péči, která je předem naplánovaná a existuje dohoda mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem.

2.5.2 Zdravotní služby podle účelu jejího poskytnutí

Účelem preventivní péče je vyhledávání faktorů, které mohou souviset se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, provádění opatření, která směřují k odstranění vlivu faktorů, nebo předcházení vzniku nemoci. Preventivní péči jsou také preventivní prohlídky prováděné poskytovateli zdravotních služeb primární péče, tedy lékaři v oborech praktické lékařství, zubní lékařství, v oboru gynekologie a porodnictví. Preventivní prohlídky upravuje vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, ve znění pozdějších předpisů, která stanovuje druhy preventivních prohlídek a poskytovatele, kteří tyto prohlídky provádějí. Dále vymezuje obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek.

Diagnostická péče zjišťuje zdravotní stav pacienta a další informace, které mají na zdravotní stav vliv. Tyto informace jsou důležité pro stanovení diagnózy, stanovení léčebného postupu, stejně jako informace o účinku léčby.

V péči dispenzární jde o pravidelné dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta, který je ohrožen nebo trpí nemocí, jejíž včasné zjištění může vést ke změně další léčby nebo vývoje nemoci. Dispenzární péče je vymezená vyhláškou č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči, ve znění pozdějších předpisů. Touto vyhláškou jsou specifikováni poskytovatelé zdravotních služeb provádějící dispenzární péči, stejně jako i nemoci, vady nebo stavy, u nichž se dispenzární péče poskytuje.

Léčebná péče je realizací individuálního léčebného postupu, jehož cílem je vyléčení nebo alespoň zmírnění dopadů nemoci. Snahou je rovněž zabránit vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti.

Ošetrovatelská péče udržuje a podporuje zdraví, pomáhá jej navrátit a rozvíjí soběstačnost. Jde o péči poskytovanou pacientům s poruchou zdravotního stavu,

těhotným pacientkám, součástí je rovněž péče o nevyléčitelně nemocné, přestože tato oblast již zasahuje do dalšího druhu péče – péče paliativní.

Paliativní péče má za úkol zmírnit utrpení a zachování kvality života pacienta, který je nevyléčitelně nemocen.

Zajištěním maximálního možného obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových nebo psychických funkcí pacienta se věnuje léčebně rehabilitační péče. Jednou z možností léčení je i využívání přírodních léčivých zdrojů nebo klimatických podmínek, v tomto případě jde o lázeňskou léčebnou rehabilitační péči.

Pod lékárenskou péčí a klinickofarmaceutickou péčí se rozumí zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčivých přípravků, dále zajišťování, výroba a výdej zdravotnických prostředků, včetně poradenství.

Zjišťování, zda zdravotní stav pacienta není negativně ovlivněn nároky z výkonu práce, služby, povolání nebo jiných činností zabezpečuje posudková péče.

2.6 Formy zdravotních služeb

Zdravotní péči lze rovněž rozdělit na základě jednotlivých forem, a to na péči ambulantní a lůžkovou, péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí (Dolanský, 2019). Zvláštní formou zdravotní péče je tzv. jednodenní péče, jejímž specifikem je poskytování takové zdravotní péče, kde je pacient přijat na lůžko, a to na dobu kratší než 24 hodin. V praxi jde o provádění převážně chirurgických zákroků, které jsou prováděny v ambulantním režimu bez nutnosti hospitalizace. V rámci jednodenní péče musí poskytovatel zdravotních služeb zabezpečit nepřetržitou dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní.

2.6.1 Ambulantní péče

Ambulantní péče je zdravotní péče poskytovaná bez nutnosti hospitalizace pacienta nebo jeho přijetí na lůžko v rámci jednodenní péče. Ambulantní péči lze dále členit na primární ambulantní péči, specializovanou ambulantní péči a zvláštní ambulantní péči (Svejkovský, Vojtek, Arnoštová a kol., 2016).

Primární ambulantní péče se zaměřuje na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče. Koordinuje a navazuje na další péči poskytovanou jinými poskytovateli zdravotních služeb. Tuto péči poskytují registrující poskytovatelé zdravotních služeb v oborech všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti

a dorost, zubní lékařství, gynekologie a porodnictví. Součástí primární péče je rovněž návštěvní služba u poskytovatelů v oboru praktického lékařství.

Specializovaná ambulantní péče se poskytuje pacientům, pokud to vyžaduje jejich zdravotní stav. Tato ambulantní péče je prováděna na základě doporučení registrujícího nebo ošetřujícího lékaře, je možné ji provést i na základě požadavku pacienta. Provádí se poskytovateli zdravotních služeb v jednotlivých oborech zdravotní péče (např. kardiologie, interní lékařství, onkologie, chirurgie).

Zvláštní ambulantní péče se poskytuje pacientům s akutním nebo chronickým onemocněním. Je poskytována pacientům v terminálním stavu, tedy pacientům závislým na cizí pomoci, může být poskytována i ve vlastním sociálním prostředí (Dolanský, 2019). Touto péčí se rozumí domácí ošetrovatelská péče, která se provádí na základě požadavku praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, a také ošetřujícího lékaře v případě paliativní péče o pacienta v terminálním stavu. Dále jde o zdravotní péči, která se poskytuje ve stacionářích, v zařízeních lůžkové péče u pacientů zde umístěných z jiných než zdravotních důvodů a také zdravotní a ošetrovatelská péče v zařízeních sociálních služeb.

Mezi další důležité typy zdravotní péče patří Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) poskytující rychlou a odbornou pomoc při náhlých těžkých onemocněních nebo úrazech, které zřizují krajské úřady jako příspěvkové organizace. Krajské úřady rovněž zabezpečují lékařské pohotovostní služby (pro dospělé, pro děti a dorost, v oboru zubního lékařství a lékárenské pohotovostní služby (Čevela, 2015).

2.6.2 Lůžková péče

Lůžková péče je taková péče, která není umožněna provádět v ambulantním režimu, tato péče musí být rovněž poskytována v nepřetržitém režimu. Lůžková péče je dále členěna na akutní lůžkovou péči intenzivní nebo standardní, následnou lůžkovou péči a dlouhodobou lůžkovou péči (Čevela, 2015).

Pokud má pacient ohrožené základní životní funkce nebo dojde k náhlému selhávání životních funkcí, v tomto případě je poskytována akutní lůžková péče intenzivní. Pacientovi s náhlým onemocněním nebo zhoršením chronické nemoci (ve smyslu vážného ohrožení zdraví, ale nepředpokládá se selhání životních funkcí), nebo také k provedení zdravotních výkonů, které nelze provádět ambulantně, je poskytována akutní lůžková péče standardní.

Následnou lůžkovou péči lze charakterizovat jako péči prováděnou pacientovi, jemuž byla stanovena základní diagnóza a jeho zdravotní stav je stabilizovaný. V zařízeních poskytujících následnou lůžkovou péči dochází k doléčení nebo poskytování léčebně rehabilitační péči. V této formě zdravotní péče může být poskytována rovněž následná intenzivní péče u pacientů, kteří jsou závislí na podpoře základních životních funkcí. Mezi následnou lůžkovou péčí patří rovněž lázeňská léčebná rehabilitační péče.

Pacientovi, kterému již nelze zdravotní péči významně zlepšit zdravotní stav a naopak bez neustálé péče se jeho zdravotní stav zhoršuje, je poskytována dlouhodobá lůžková péče. Také v této formě zdravotní péče lze poskytovat dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči u pacientů s poruchou základních životních funkcí.

Lůžkovou péči poskytují nemocnice, léčebny, ozdravovny a další lůžková zařízení. Poskytovatele lůžkové zdravotní péče zřizují v ČR ministerstva zdravotnictví, obrany a spravedlnosti, dále to jsou kraje, města nebo obce. Zřizovateli mohou být také soukromé subjekty nebo církve. Nemocnice jsou zdravotnická zařízení poskytující služby lůžkové, ambulantní i komplementární péče, součástí je rovněž technické zázemí, vedení, lékárny a výdejny zdravotnických pomůcek. Zvláštní postavení mají fakultní nemocnice, které zřizuje a spravuje stát. Fakultní nemocnice poskytují samozřejmě zdravotní péči, ale také zajišťují výuku budoucích lékařů, podílí se na výzkumu a vědě. Fakultní nemocnice se potom dělí na jednotlivé kliniky (pracoviště příslušného oboru), které se mohou dále členit na oddělení, které zabezpečují léčebnou, výzkumnou a také výukovou činnost. Odborné léčebné ústavy jsou provozovány podle zaměření jejich činnosti a mezi hlavní typy patří psychiatrické nemocnice, léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, rehabilitační ústavy a Masarykův onkologický ústav (Čevela, 2015).

Speciálním typem lůžkové péče je hospic. Hospic je zdravotnické i sociální zařízení, které zabezpečuje péči o nevléčitelné pacienty, řadí se tedy k paliativní péči. Cílem hospice je zmírnit psychické i duchovní problémy s umíráním (Hamplová, 2019).

2.6.3 Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním zařízení

Tato péče je poskytována v rámci návštěvní služby, dále jde o domácí péči jako je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační nebo paliativní péče. V domácím prostředí lze také poskytovat umělou plicní ventilaci nebo dialýzu. Tyto zdravotní služby nejsou

podmíněny technickým a věcným vybavením, a tedy není nutné je provádět ve zdravotnických zařízeních.

2.7 Poskytovatelé zdravotních služeb

Zdravotní služby poskytují podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, fyzické nebo právnické osoby mající oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Zdravotní služby jsou poskytovány prostřednictvím osob, které jsou způsobilé k výkonu zdravotnického povolání, čímž se rozumí způsobilost vykonávání povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta nebo povolání zdravotnického pracovníka nelékařského povolání.

Způsobilost vykonávat povolání lékaře lze získat absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia obsahující jak výuku teoretickou, tak i praktickou. Výuka může být prováděna pouze v akreditovaném zdravotnickém magisterském programu všeobecné lékařství. Samostatně může lékař vykonávat své povolání po získání specializované způsobilosti.

Způsobilost vykonávat povolání zubního lékaře lze získat absolvováním nejméně pětiletého prezenčního studia. Samostatně mohou vykonávat povolání zubního lékaře také absolventi oboru stomatologie.

Způsobilost vykonávat povolání farmaceuta lze získat absolvováním nejméně pětiletého prezenčního studia v akreditovaném zdravotnickém magisterském studiu, jehož součástí je i šestiměsíční praxe v lékárně nebo studiem v akreditovaném studijním programu farmacie, pokud byl zahájen nejpozději v akademickém roce 2003/2004 (Svejkovský, Vojtek, Arnoštová a kol., 2016). Stejně jako zubní lékař může vykonávat činnost samostatně ihned po získání odborné způsobilosti.

V případě nelékařského zdravotnického povolání je možné vymezit tři skupiny. Nelékařské zdravotnické povolání s nepovinnou specializovanou způsobilostí lze získat odbornou způsobilost absolvováním příslušné školy (patří zde např. všeobecná sestra, porodní asistentka, zubní technik, adiktolog). Způsobilost k výkonu povolání nelékařského zdravotnického povolání se způsobilostí bez odborného dohledu lze získat absolvováním příslušné školy a postgraduálního studia, které je ukončeno atestací (např. psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut). Poslední skupinou jsou nelékařská povolání se způsobilostí pouze pod odborným dohledem, a jsou jimi ošetřovatel,

zdravotnický asistent, řidič vozidel záchranné zdravotnické služby nebo zdravotnické přepravy, aj.

Výkon lékařského, stomatologického nebo lékárnického povolání je podmíněn členstvím v profesní komoře. Povinné profesní komory jsou vymezeny zákonem č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů. Komory mají působnost na celém území České republiky, přičemž nemají volnost při rozhodování o přijetí člena komory, neboť toto členství je povinné. Členství se získá splněním stanovených podmínek, a to podání přihlášky, řádné ukončení studia, způsobilost k právním úkonům, získání oprávnění k výkonu příslušné profese. Uchazeč o členství rovněž nesmí být vyloučen z komory v posledních pěti letech. Úkolem profesní komory je garance odbornosti svých členů, tím že dohlíží na odborný výkon povolání. Zákon jí rovněž ukládá disciplinární pravomoci (Svejkovský, Vojtek, Arnoštová a kol., 2016). Ostatní zdravotničtí pracovníci se rovněž sdružují ve stavovských organizacích, které ale fungují na bázi dobrovolnosti. Jsou to např. Česká asociace sester, Sdružení soukromých gynekologů České republiky, Asociace domácí péče ČR.

Poskytovatelé zdravotní služeb poskytují služby ve zdravotnickém zařízení. Zdravotnické zařízení je vymezeno zákonem o zdravotních službách, konkrétně v § 4 jako prostory určené pro poskytování zdravotních služeb. Zdravotnické zařízení musí splňovat požadavky na personální, technické a věcné vybavení (Svejkovský, Vojtek, Arnoštová a kol., 2016).

Zdravotní pojišťovny v rámci své smluvní politiky uzavírají smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb s jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb, a vytvářejí tím síť smluvních PZS. Uzavření smlouvy předchází výběrové řízení, s výjimkou lékárenské péče, vězeňské služby nebo rozšíření sítě o již smluvního poskytovatele ZZS. Tvorbou smluvní sítě zdravotní pojišťovny zabezpečují dodržení povinnosti, kterou jim ukládá zákon o zdravotním pojištění. Zákon o zdravotním pojištění vymezuje povinnost zdravotních pojišťoven zajistit pro své pojištěnce místní a časovou dostupnost hrazených služeb.

3 Analýza dostupnosti vybraných zdravotních služeb ambulantní péče v Moravskoslezském a Olomouckém kraji

Kapitola vymezuje dostupnost zdravotních služeb z pohledu legislativy České republiky. Před provedením analýzy jsou stručně charakterizovány vybrané oblasti – Moravskoslezský kraj a Olomoucký kraj. Diplomová práce se dále zaměřuje na místní dostupnost. Pro analýzu dostupnosti zdravotních služeb byly vybrány obory ambulantní péče, spadající do oblasti primární péče a specializované ambulantní péče. V primární péči jsou to odbornosti praktický zubní lékař (tedy odbornost 014) a gynekologie a porodnictví (odbornost 603). V rámci specializované ambulantní péče jde o odbornost kardiologie (odbornost 107 a 302) a revmatologie (odbornost 109). Podkladem pro analýzu byla data z České průmyslové zdravotní pojišťovny za období 2018.

3.1 Vymezení dostupnosti zdravotních služeb

Obecně je možné si pod pojmem dostupnost představit, jak snadno lze dosáhnout nějaké činnosti z určeného místa, a to při využití přepravního systému nebo také jako časovou náročnost cesty, tedy jak rychle se lze dostat z výchozího místa k cíli. Dostupnost je závislá na úrovni dopravní infrastruktury (Hudeček, 2016).

Dostupnost zdravotní péče lze vnímat také z několika pohledů, přičemž obecně lze říct, že vyjadřuje možnost přístupu k základní zdravotní péči pro všechny občany, je tedy předpokladem pro spravedlivě poskytovanou péči.

Místní (nebo také geografická) dostupnost je určena pro příjemce zdravotní péče a vyjadřuje vzdálenost pacienta od zdroje péče. Jde především o čas, za který pacient překoná vzdálenost k vybranému zdravotnickému zařízení, proto zde hraje hlavní roli dopravní infrastruktura a systém dopravní obslužnosti. Časová dostupnost je vyjádření pacientovy čekací doby na dané vyšetření nebo zákrok. Časová dostupnost je důležitá především ve specializované ambulantní a lůžkové péči, zároveň je limitována počtem specializovaných lékařů, specializovaných pracovišť a také kapacitou lůžkových zařízení (např. počet lůžek). Finanční (nebo ekonomická) dostupnost je schopnost pacienta uhradit poskytnutou zdravotní péči, jde tedy o náklady na zdravotní péči, spoluúčast pacienta, systém financování zdravotní péče. Zde hraje důležitou roli právní systém, neboť právě on nastavuje pravidla úhrad, a to formou zákonů, vyhlášek nebo nařízení. Institucionální

dostupnost vyjadřuje rozsah a typ akutní lůžkové péče v podmínkách konkrétního území, souvisí s dostupností místní a časovou.

Jak již bylo uvedeno výše, místní a časová dostupnost je důležitou součástí smluvní činnosti všech zdravotních pojišťoven, především z důvodu legislativní povinnosti ji zabezpečit pro své pojištěnce. Dostupnost lze hodnotit pomocí různých nástrojů, jako např. přepočet počtu lékařů na danou oblast, nebo na počet obyvatel. Tento přepočet je následně porovnán s tzv. směrným kapacitním číslem². V České republice takový aktuální číselník neexistuje, přestože v minulosti vypracovala Všeobecná zdravotní pojišťovna doporučené počty lékařů na 100 tisíc obyvatel dané oblasti (pro jednotlivé okresy), které byly zveřejněny ve Zdravotně pojistném plánu na rok 1997 a schváleny Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR (PSP, 1996). Tyto doporučené počty lékařů jsou dnes již zastaralé.

V České republice je pro oblast zdravotních služeb vymezena místní a časová dostupnost nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Nařízení vlády). Toto Nařízení vlády vychází ze zákona o zdravotním pojištění a zákona o zdravotních službách.

3.1.1 Časová dostupnost zdravotních služeb

V § 40 odst. 7b zákona o zdravotním pojištění se časová dostupnost zdravotních služeb vymezuje jako zabezpečení akutních a neodkladných zdravotních služeb, a to v předem daných lhůtách. Lhůty plánovaných hrazených zdravotních služeb podle naléhavosti jsou stanoveny nařízením vlády. Lhůty časové dostupnosti jsou uvedeny v tabulce 3.1.

Tab. 3.1 Lhůty pro plánované hrazené zdravotní služby

Výkon = plánovaná hrazená služba	Lhůta (v týdnech)	Výkon = plánovaná hrazená služba	Lhůta (v týdnech)
Skiografie a sonografie	2	Artroskopie, angiografie nekoronárních tepen	8
Počítačová tomografie	3	Vaskulární intervenční výkony	8
Endoskopické vyšetření	4	Echokardiografie	10
Zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy	4	Denziometrie	16
Magnetická resonance	5	Operace katarakty (tzv. šedý zákal)	30
Mamografické vyšetření	6	Náhrada kyčelního nebo kolenního kloubu	52

Zdroj: Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. Vlastní zpracování.

² Průměrný počet lékařů na daný počet obyvatel, tak aby byla zabezpečena optimální dostupnost zdravotní péče.

Lhůty pro plánované hrazené zdravotní služby, stanovené v nařízení vlády o místní a časové dostupnosti, jsou lékařsky zdůvodnitelné a vychází z objektivního posouzení zdravotního stavu, dále z anamnézy nebo předpokládaného vývoje nemoci. Časová dostupnost je doba, za kterou nejpozději lze provést vyšetření nebo výkon vymezený v Nařízení vlády.

3.1.2 Místní dostupnost zdravotních služeb

V § 40 odst. 7a zákona o zdravotním pojištění je místní dostupnost vymezena jako přiměřená vzdálenost místa, kde jsou poskytovány zdravotní služby od místa bydliště pojištěnce, přičemž je vyjadřována tzv. dojezdovou dobou. Dojezdové doby stanoví vláda nařízením. *„Dojezdová doba je doba v celých minutách, která odpovídá efektivní dostupnosti místa dopravním prostředkem rychlostí, která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích.“*

Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti stanoví dojezdové doby v minutách, přičemž tento čas je brán jako nejzazší možný. Dojezdové doby se zvlášť stanovují pro zdravotní služby (nebo obor), které poskytují ambulantní PZS a zvlášť pro poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče. Dojezdová doba tak může pro stejný obor být odlišná, např. obor gynekologie má dojezdovou dobu pro ambulantní PZS stanovenou do 35 minut, ale pro PZS lůžkové péče to je minut už šedesát. Dojezdové doby pro jednotlivé obory jsou uvedeny v příloze 1.

Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti nevymezuje způsob dopravy ani typ dopravního prostředku. Pro dojezdové doby se předpokládá, že jde o individuální automobilovou dopravu. Důležitým faktorem pro dojezdové doby je rovněž stanovení průměrných rychlostí pro jednotlivé silniční sítě, přičemž tyto údaje v nařízení vlády o místní a časové dostupnosti chybí, ale je možné vycházet z odborných publikací, které se tímto oborem zabývají. Například lze využít průměrné rychlosti odvozené v datových modelech silniční sítě podle Hudečka (2016) nebo dostupných plánovačů tras na internetu (Mapy.cz nebo Google Maps). Nařízení vlády rovněž nedefinuje kapacitní vytížení, tzn., že na stejnou úroveň jsou postaveni poskytovatelé zdravotních služeb s plným úvazkem, tak i jejich pracoviště poskytující zdravotní služby pouze omezeně (Šídlo a kol., 2017).

3.2 Vymezení jednotlivých oborů

Pro analýzu dostupnosti byly vybrány obory, které se zařazují do ambulantní péče, přičemž obor zubního lékařství a gynekologie a porodnictví do primární péče, obor kardiologie a revmatologie do specializované (nebo také sekundární) péče.

Gynekologie a porodnictví je oborem, který se specializuje na prevenci, diagnostiku a léčbu nemocí postihující ženský reprodukční systém. Specifikem tohoto oboru je, že se věnuje ženám, a lze říct, že po celý jejich život. Dále pečuje o reprodukci, stará se o správný vývoj plodu a pečuje o těhotné ženy. Důležitá je v tomto oboru především prevence, proto jsou ženám starším 15 let hrazeny z veřejného zdravotního pojištění jednou ročně preventivní vyšetření gynekologem. Jako součást tohoto vyšetření je prováděn screening karcinomu děložního hrdla.

Zubní lékařství nebo také stomatologie je obor lékařství, který se specializuje na oblast dentální, tedy prevenci, diagnostiku, léčení nemocí úst, zubů nebo čelistí. V rámci podpory prevence je z veřejného zdravotního pojištění hrazena zubní preventivní prohlídka, která je u dětí prováděna dvakrát ročně, u dospělých jednou ročně a v případě těhotných žen jsou hrazeny dvě prohlídky v průběhu těhotenství.

Obor kardiologie se zabývá diagnostikou a léčbou nemocí srdce, jako jsou např. vrozené vady nebo ischemická choroba srdeční.

Revmatologie je obor, který se věnuje diagnostice a léčbě nemocí pohybového aparátu, tedy kloubů, páteře, kostí, svalů nebo vazů.

3.3 Dostupnost zdravotních služeb v Moravskoslezském kraji

Analýza dostupnosti zdravotních služeb v Moravskoslezském kraji vychází z volně dostupných údajů zveřejňovaných Českým statistickým úřadem (dále jen ČSÚ) a údajů zveřejněných Národním registrem poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS), které byly následně očištěny pouze na data odpovídající smluvním poskytovatelům ČPZP.

3.3.1 Charakteristika Moravskoslezského kraje

Moravskoslezský kraj je nejvýchodnější částí České republiky. Hranice tvoří na západě Hrubý Jeseník (nejvyšší hora Praděd, 1 491 m n. m.), na jihovýchodě a východě Moravskoslezské Beskydy (nejvyšší hora Lysá hora, 1 323 m n. m.) a jihozápadní část kraje tvoří Nízký Jeseník a Oderské vrchy. Moravskoslezský kraj se rozléhá na 5 427 km² a žije zde 1 203 299 obyvatel (k 31. 12. 2018). Moravskoslezský kraj je rozlohou šestým

největším krajem České republiky, zaujímá 6,9 % celkového území. Z hlediska dopravní obslužnosti, kraj disponuje 3 467 km silnic a dálnic, z toho 100 km dálnic (ČSÚ, 2019b). Kraj se skládá z šesti okresů – Bruntál, Opava, Ostrava-město, Karviná, Nový Jičín a Frýdek-Místek, jejichž geografická poloha podle administrativního členění je zobrazena na obrázku 3.1.

Obr.3.1 Administrativní členění Moravskoslezského kraj



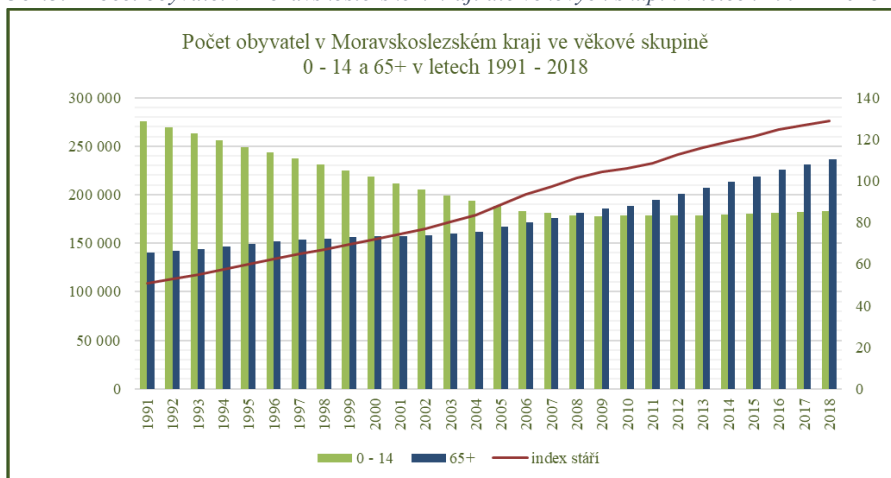
Zdroj: ČSÚ. Kraje a okresy ČR. Vlastní zpracování.

Počtem obyvatel jde o třetí nejlidnatější kraj ČR, ale zároveň s nejmenším počtem sídel. V kraji se nachází celkem 300 obcí, z toho je 22 obcí s rozšířenou působností, šest statutárních měst, 35 měst a tři městyse. Necelé 2 % obyvatel kraje bydlí v obcích do 499 obyvatel, přibližně 25 % obyvatel žije v obcích od 500 do 4 999 obyvatel, 14 % obyvatel je hlášeno v obcích od 5 000 do 19 999 obyvatel. V městech nad 20 tisíc obyvatel žije většina obyvatel kraje, z celkového počtu obyvatel je to téměř 59 %. Krajským městem Moravskoslezského kraje je město Ostrava s 289 tisíci obyvateli (ČSÚ, 2019b).

Z celkového počtu obyvatel Moravskoslezského kraje je více zastoupeno žen, a to 612 783, to činí 51 %. Mužů žije v Moravskoslezském kraji méně, celkem 590 516. Z pohledu věkového rozdělení tvoří nejpočetnější skupinu obyvatelstvo ve věku 15 – 65 let, a to 65 %. Počet obyvatel ve věku 65 a více se podílí na celkovém počtu 20 % a nejméně je obyvatel ve věku 0 – 14 let. Ještě na začátku 90 let minulého století bylo dětí více než seniorů, graficky je tato demografická změna zachycena na obrázku 3.2. V roce 1991 činil podíl dětí na celkovém počtu obyvatel Moravskoslezského kraje ještě 22 %, v roce 2018 to je pouhých 15 %, naopak podíl seniorů (obyvatel ve věku 65 a více)

činil v roce 1991 necelých 11 %, ale v roce 2018 to již je 20 %, to je nárůst o 68 %.

Obr.3.2 Počet obyvatel v Moravskoslezském kraji dle věkových skupin v letech 1991 - 2018



Zdroj: ČSÚ. Časové řady Moravskoslezského kraje. Vlastní zpracování.

Věková struktura je sledována rovněž indexem stáří, který lze vypočíst dle níže uvedeného vzorce (3.1) a uvádí, kolik seniorů připadá na 100 dětí.

Index stáří (is):

$$is = (P_{65}/P_{0-14}) \cdot 100^3 \quad (3.1)$$

Rostoucí křivka indexu stáří na obrázku 3.2 rovněž potvrzuje stárnutí populace v Moravskoslezském kraji. Počty obyvatel v jednotlivých okresech Moravskoslezského kraje v rozdělení podle věkových skupin, tedy obyvatel ve věku 0 – 14 let, 15 – 65 let a ve věku 65 a více, jsou uvedeny v příloze 2.

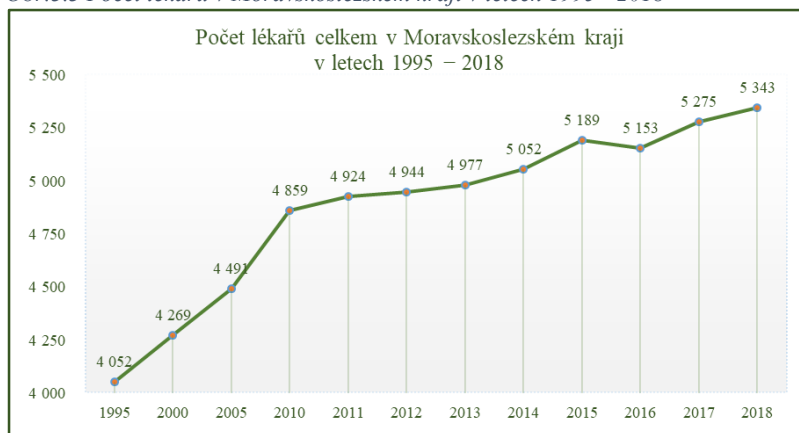
3.3.2 Poskytovatelé zdravotních služeb v Moravskoslezském kraji

V Moravskoslezském kraji dle údajů Českého statistického úřadu bylo evidováno k 31. 12. 2018 celkem 5 343 lékařů, z toho v okrese Bruntál 297 lékařů, v okrese Frýdek-Místek 885 lékařů, v okrese Karviná to je 941 lékařů, okres Nový Jičín eviduje 533 lékařů, okres Opava 629 lékařů a nejvíce lékařů je v okrese Ostrava-město, kde je 2 060 lékařů. Z pohledu počtu obyvatel v Moravskoslezském kraji připadá na jednoho lékaře 225 obyvatel.

³ P_{65} = počet obyvatel ve věku 65 a více
 P_{0-14} = počet obyvatel ve věku 0 až 14 let

Počet lékařů celkem v Moravskoslezském kraji roste, tento růst je graficky zobrazen na obrázku 3.3.

Obr.3.3 Počet lékařů v Moravskoslezském kraji v letech 1995 - 2018



Zdroj: ČSÚ. Časové řady Moravskoslezského kraje. Vlastní zpracování.

V roce 1995 bylo evidováno v Moravskoslezském kraji 4 052 lékařů, v roce 2018 již 5 343, za posledních 20 let se zvýšil počet lékařů o 1 291 lékařů, nárůst tak činí více než 30 %.

Pro analýzu dostupnosti byla vybrána Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, která je třetí největší zdravotní pojišťovnou v České republice a má celorepublikovou působnost.

Péči ve vybraných oborech zabezpečuje pro pojištěnce České průmyslové zdravotní pojišťovny v Moravskoslezském kraji 828 smluvních poskytovatelů zdravotní péče, kteří poskytují péči na celkem 967 smluvních pracovištích. Na tato pracoviště se v rámci analýzy pohlíží jako na samostatné zdravotnické zařízení, vzhledem k tomu, že někteří poskytovatelé zdravotních služeb poskytují péči na více pracovištích (a to ve více oborech nebo také napříč okresy). Počty poskytovatelů zdravotních služeb a celkové počty pracovišť dle jednotlivých oborů a okresů jsou uvedeny v tabulce 3.2.

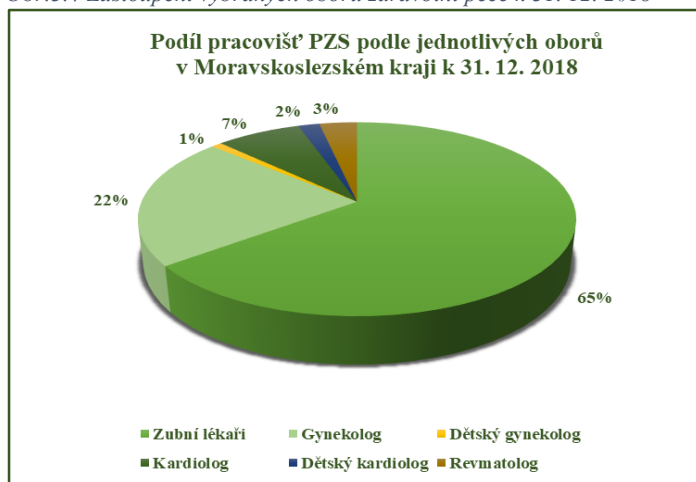
Tab. 3.2 Počty PZS a pracovišť v okresech Moravskoslezského kraje dle jednotlivých oborů k 31. 12. 2018

Kraj, okres	Počet PZS	Počet pracovišť	Počet pracovišť dle oborů						Celkem
			Zubní lékař	Gynekolog	Dětský gynekolog	Kardiolog	Dětský kardiolog	Revmatolog	
Moravskoslezský kraj	828	967	624	212	9	72	18	32	967
<i>Bruntál</i>	60	72	38	23	0	6	3	2	72
<i>Frýdek-Místek</i>	121	144	96	27	3	9	3	6	144
<i>Karviná</i>	168	195	126	44	1	15	4	5	195
<i>Nový Jičín</i>	95	102	73	19	0	7	1	2	102
<i>Opava</i>	107	129	78	37	0	9	3	2	129
<i>Ostrava-město</i>	277	325	213	62	5	26	4	15	325

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Rozdělení smluvních pracovišť poskytovatelů zdravotních služeb podle procentuálního zastoupení odbornosti je graficky zobrazeno na obrázku 3.4.

Obr.3.4 Zastoupení vybraných oborů zdravotní péče k 31. 12. 2018



Zdroj: NRPZS; ČPZP - Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Největší podíl (65 %) z celkového počtu, tvoří 624 zdravotnických zařízení, které zajišťují zdravotní péči v oboru zubního lékařství. V oboru gynekologie a porodnictví (včetně dětské gynekologie) je zajišťována péče 221 smluvními pracovišti, které jsou druhou nejpočetnější skupinou a podílí se na celkovém počtu 23 %. Specializovaná péče, jako je obor kardiologie nebo revmatologie, je přirozeně zastoupena v daleko menší míře. Péči v oboru kardiologie (včetně dětské kardiologie) zajišťuje 90 pracovišť, v oboru revmatologie (včetně dětské revmatologie) je jich 32.

Zdravotní péči poskytují PZS jako fyzické osoby nebo právnické osoby. V případě právnické osoby je možné následné rozdělení podle jednotlivých forem. Může jí být veřejná obchodní společnost, komanditní společnost, společnost s ručením omezeným (společnost s r.o.), akciová společnost nebo příspěvková organizace (PO). V Moravskoslezském kraji působí ve vybraných oborech celkem 443 poskytovatelů zdravotních služeb, působící jako fyzické osoby, to je přibližně o 15 % více než poskytovatelů s právní formou právnické osoby, kterých je 385. Z pohledu jednotlivých pracovišť, převyšují pracoviště s právní formou právnické osoby, a to o 9 %. Počty poskytovatelů zdravotních služeb a jejich pracovišť podle jednotlivých oborů a právní formy jsou uvedeny v tabulce 3.3.

Jako fyzická osoba poskytují zdravotní péči nejvíce pracoviště PZS v oboru zubního lékařství, kteří se podílí na celkovém počtu 85 %. Druhé největší zastoupení má obor gynekologie a porodnictví, na celkovém počtu se podílí 9 %. Naopak v oboru dětské gynekologie je zajišťována péče pouze právnickými osobami. Ve sledovaných oborech

zdravotní péče je nejčastější právní formou společnost s r. o., která se podílí na celkovém počtu 86 %, celkem je to 436 smluvních pracovišť poskytovatelů zdravotních služeb.

Tab.3.3 Rozdělení PZS a jejich pracovišť v Moravskoslezském kraji dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

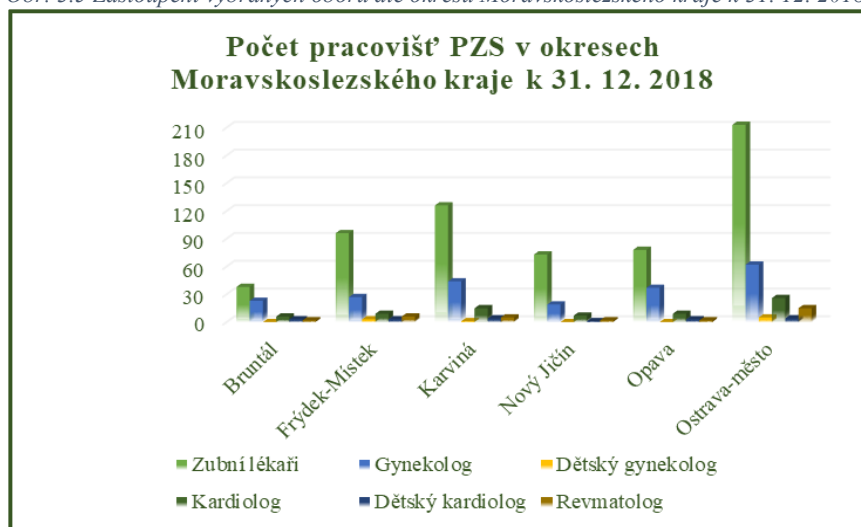
Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem							Celkem
			Fyzická osoba	Právníká osoba					celkem	
	Fyzická osoba	Právníká osoba		akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost		
zubní lékařství	389	211	394	2	224	3	0	1	230	624
gynekologie	38	112	50	9	143	9	1	0	162	212
dětská gynekologie	0	0	0	0	7	1	1	0	9	9
kardiologie	8	45	8	13	43	7	1	0	64	72
dětská kardiologie	5	2	7	3	2	5	1	0	11	18
revmatologie	3	15	3	2	17	8	2	0	29	32
CELKEM	443	385	462	29	436	33	6	1	505	967

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Zdravotní služby ve vybraných oborech poskytují také ambulantní poskytovatelé zdravotních služeb spadající pod lůžková zařízení (nemocnice), proto jsou zde zastoupeny i právní formy jako jsou příspěvkové organizace územně samosprávných celků (PO ÚSC) a příspěvkové organizace státu (PO státu). Příspěvkovou organizací zřízenou územním samosprávným celkem jsou nemocnice zřízené Moravskoslezským krajem nebo městem Ostrava. Příspěvkovou organizací státu je Fakultní nemocnice Ostravě, jejímž zřizovatelem je stát a poskytuje péči ve všech vybraných zdravotních oborech.

Z pohledu jednotlivých okresů lze rovněž konstatovat, že zastoupení smluvních lékařů koresponduje s daty Moravskoslezského kraje. Nejvyšší zastoupení mají obory primární péče, tedy obory zubního lékařství a gynekologie a porodnictví. Naopak nejméně jsou zastoupeny obory specializovaných ambulantních zařízení. Zastoupení jednotlivých oborů dle okresů je graficky zobrazeno na obrázku 3.5.

Obr. 3.5 Zastoupení vybraných oborů dle okresů Moravskoslezského kraje k 31. 12. 2018



Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

V okrese Bruntál poskytuje zdravotní péči ve vybraných oborech celkem 60 smluvních poskytovatelů zdravotních služeb, z toho 38 jako fyzické osoby a 22 je osob právnických. Celkový počet smluvních pracovišť je 72, neboť zdravotní péče některého oboru je zajišťována poskytovatelem zdravotních služeb, který je započten v jiném oboru, případně v jiném okrese. Pracoviště sledovaných oborů jsou v okrese Bruntál zastoupeny s výjimkou oboru dětské gynekologie. Počty jednotlivých PZS a pracovišť podle jednotlivých oborů a právní formy jsou uvedeny v tabulce 3.4.

Tab.3.4 Rozdělení PZS a smluvních pracovišť v okrese Bruntál dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem							
			Fyzická osoba	Právnická osoba						Celkem
	Fyzická osoba	Právnická osoba		akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost	celkem	
zubní lékařství	28	9	28	0	10	0	0	0	10	38
gynekologie	8	6	11	2	9	1	0	0	12	23
dětská gynekologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
kardiologie	0	6	0	1	4	1	0	0	6	6
dětská kardiologie	1	0	3	0	0	0	0	0	0	3
revmatologie	1	1	1	0	1	0	0	0	1	2
CELKEM	38	22	43	3	24	2	0	0	29	72

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Právnická osoba je v okrese Bruntál zastoupena ve formě společnosti s r. o., která ji prezentuje v největší počtu, a to 83 %, akciové společnosti (10 %) a příspěvkovou organizaci zřízenou územně samosprávným celkem. Akciovou společnost zde zastupuje Podhorská nemocnice, a. s. zajišťující zdravotní péči v oboru gynekologie v městech Bruntál a Rýmařov, a oboru kardiologie ve městě Bruntál. Příspěvkovou organizací je Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace a jejímž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj, poskytuje zdravotní péči v oboru kardiologie a gynekologie a porodnictví.

Zdravotní péče sledovaných oborů je v okrese Frýdek-Místek zajištěna celkem 121 poskytovateli zdravotních služeb (z toho působících jako fyzická osoba 68 PZS, jako právnická osoba 53 PZS) a 144 smluvními zdravotnickými zařízeními. Toto zastoupení podle jednotlivých oborů a právních forem je uvedeno v tabulce 3.5.

Tab.3.5 Rozdělení PZS a smluvních pracovišť v okrese Frýdek-Místek dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem								Celkem
			Fyzická osoba	Právnická osoba						celkem	
	Fyzická osoba	Právnická osoba		akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost			
zubní lékařství	65	28	66	0	30	0	0	0	30	96	
gynekologie	1	18	1	0	24	2	0	0	26	27	
dětská gynekologie	0	0	0	0	3	0	0	0	3	3	
kardiologie	1	5	1	1	5	2	0	0	8	9	
dětská kardiologie	0	1	0	0	1	2	0	0	3	3	
revmatologie	1	1	1	0	1	4	0	0	5	6	
CELKEM	68	53	69	1	64	10	0	0	75	144	

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

V oboru zubního lékařství jsou více zastoupeny fyzické osoby, které se podílí na celkovém počtu 69 %. Právníckou osobu reprezentuje nejvíce forma společnost s r. o. (85 %), příspěvková organizace zřízená územně samosprávným celkem (13 %) a akciová společnost (Nemocnice Podlesí, a. s. ve městě Třinec). Příspěvkovými organizacemi zřízenými Moravskoslezským krajem jsou Nemocnice Frýdek-Místek, příspěvková organizace, která zajišťuje zdravotní péči v oborech gynekologie a porodnictví, kardiologie (včetně dětské kardiologie) a revmatologie ve městě Frýdek-Místek, a Nemocnice Třinec, příspěvková organizace, zabezpečující obor gynekologie a porodnictví, kardiologie (včetně dětské kardiologie) a revmatologie ve městě Třinec, v oboru revmatologie také ve městě Jablunkov.

V okrese Karviná působí celkem 168 smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (87 fyzických osob a 81 právnických osob) a 195 smluvních pracovišť. Dle sledovaných oborů má opět nejvyšší zastoupení primární péče (obor zubního lékařství s 65 % a gynekologie a porodnictví s 23 % z celkového počtu). Počty smluvních PZS a pracovišť v rozdělení podle oborů a právní formy je uvedeny v tabulce 3.6.

Tab.3.6 Rozdělení PZS a smluvních pracovišť v okrese Karviná dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem								Celkem
	Fyzická osoba	Právnícká osoba	Fyzická osoba	Právnícká osoba					celkem		
				akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost			
zubní lékařství	77	43	79	0	46	1	0	0	47	126	
gynekologie	7	26	9	2	30	3	0	0	35	44	
dětská gynekologie	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
kardiologie	1	10	1	2	10	2	0	0	14	15	
dětská kardiologie	2	0	2	1	0	1	0	0	2	4	
revmatologie	0	2	0	0	2	3	0	0	5	5	
CELKEM	87	81	91	5	89	10	0	0	104	195	

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

V okrese Karviná působí více pracovišť jako právnické osoby, fyzické osoby jsou zastoupeny v celkovém počtu o 12 % méně. Právnícká osoba je zastoupena ve formě společnosti s r. o. (85 %), příspěvkovými organizacemi zřízenými územně samosprávným celkem (10 %) a akciovou společností (5 %). Akciovou společností je Bohumínská městská nemocnice, a. s. zajišťující péči v odbornosti gynekologie a porodnictví, Nemocnice Český Těšín, a. s., která poskytuje zdravotní služby v oboru kardiologie (včetně dětské kardiologie) a Lékařský servis, a. s. poskytující péči v oboru kardiologie ve městě Havířov.

Péči ve sledovaných oborech v okrese Nový Jičín zajišťuje pro pojištěnce ČPZP celkem 95 poskytovatelů zdravotních služeb, z toho 66 jako fyzická osoba a 29 jako osoba právnická. Smluvních pracovišť vybraných oborů zdravotní péče je v okrese Nový Jičín

102, kde více než 66 % zdravotnických zařízení poskytuje zdravotní služby jako fyzická osoba. V okrese je nejvyšším podílem zastoupena primární péče, tedy zdravotní služby v oboru zubního lékařství (72 %) a obor gynekologie a porodnictví (19 %). Počty PZS a smluvních pracovišť podle oborů a právní formy je zobrazeny v tabulce 3.7.

Tab.3.7 Rozdělení PZS a smluvních pracovišť v okrese Nový Jičín dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem								Celkem
			Fyzická osoba	Právnícká osoba					celkem		
	Fyzická osoba	Právnícká osoba		akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost			
zubní lékařství	58	13	59	1	13	0	0	0	14	73	
gynekologie	6	10	6	2	11	0	0	0	13	19	
dětská gynekologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
kardiologie	1	6	1	3	3	0	0	0	6	7	
dětská kardiologie	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	
revmatologie	1	0	1	1	0	0	0	0	1	2	
CELKEM	66	29	67	8	27	0	0	0	35	102	

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Právnícké osoby v okrese Nový Jičín působí pouze ve dvou formách, a to ve formě společnosti s r. o., jež opět tvoří největší část z jejich počtu a následují pracoviště ve formě akciové společnosti, jimiž jsou Nemocnice Nový Jičín, a. s. poskytující péči v oborech gynekologie a porodnictví, revmatologie a kardiologie (včetně dětské kardiologie), Bílovecká nemocnice, a. s. v oboru kardiologie a THERÁPON 98, a. s. zabezpečující péči v oborech zubního lékařství, kardiologie a gynekologie a porodnictví.

Okres Opava disponuje na svém území celkem 107 smluvními PZS, působící větší mírou jako fyzické osoby (61 %), a 129 smluvními zdravotnickými zařízeními. Primární péče je opět zastoupena nejvíce (60 % obor zubního lékařství a 29 % obor gynekologie a porodnictví. Obor dětské gynekologie v okrese Opava zastoupen není. Počty PZS a smluvní pracoviště podle oborů a právní formy jsou uvedeny v tabulce 3.8.

Tab.3.8 Rozdělení PZS a smluvních pracovišť v okrese Opava dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem								Celkem
			Fyzická osoba	Právnícká osoba					celkem		
	Fyzická osoba	Právnícká osoba		akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost			
zubní lékařství	51	25	52	0	24	1	0	1	26	78	
gynekologie	8	13	13	0	22	2	0	0	24	37	
dětská gynekologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
kardiologie	2	4	2	2	4	1	0	0	7	9	
dětská kardiologie	2	0	2	0	0	1	0	0	1	3	
revmatologie	0	2	0	0	2	0	0	0	2	2	
CELKEM	63	44	69	2	52	5	0	1	60	129	

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Poskytovatelé zdravotních služeb, kteří působí v okrese Opava jako právnícká osoba, poskytují zdravotní služby ve formě společnosti s r. o. (87 %), příspěvkové organizace zřízené územně samosprávným celkem (8 %), akciové společnosti (3 %) a komanditní společnosti (DENTAL MEDICINE, k. s., která poskytuje péči v oboru zubního lékařství). Akciové společnosti jsou zastoupeny pracovišti Nemocnice Podlesí, a. s. působící

ve městě Hlučín a Nemocnice Nový Jičín, a. s. ve městě Vítkov, obě pracoviště zabezpečují péči v oboru kardiologie. Pracoviště příspěvkové organizace patří do Slezské nemocnice v Opavě, příspěvková organizace, zřízenou Moravskoslezským krajem. Zajišťují péči v oboru zubního lékařství, kardiologie (včetně dětské kardiologie), gynekologie a porodnictví.

Okres Ostrava-město je největší z okresů Moravskoslezského kraje, proto zde také působí největší počet smluvních zdravotnických zařízení. Celkem zde zajišťuje zdravotní péči pro pojištěnce České průmyslové zdravotní pojišťovny 277 poskytovatelů zdravotních služeb, z toho 121 jako fyzická osoba a 156 jako osoba právnická. Počet smluvních pracovišť je 325. Nejvíce je v okrese Ostrava-město zdravotnických zařízení v oboru zubního lékařství, a to 65 %, následuje obor gynekologie a porodnictví, který je zastoupen v 19 %. Obory specializované ambulantní péče jsou zastoupeny všechny, a to kardiologie 9 % (včetně dětské kardiologie), revmatologie 5 %, dětská gynekologie 2% (tato pracoviště zabezpečují péči i pro okresy Bruntál a Opava). Počty smluvních zdravotnických zařízení podle sledovaných oborů a právní formy uvádí tabulka 3.9.

Tab.3.9 Rozdělení PZS a smluvních pracovišť v okrese Ostrava-město dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem							
	Fyzická osoba	Právnická osoba	Fyzická osoba	Právnická osoba					celkem	Celkem
				akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost		
zubní lékařství	110	93	110	1	101	1	0	0	103	213
gynekologie	8	39	10	3	47	1	1	0	52	62
dětská gynekologie	0	0	0	0	3	1	1	0	5	5
kardiologie	3	14	3	4	17	1	1	0	23	26
dětská kardiologie	0	1	0	1	1	1	1	0	4	4
revmatologie	0	9	0	1	11	1	2	0	15	15
CELKEM	121	156	123	10	180	6	6	0	202	325

Zdroj: NRPZS; ČPZP - Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Smluvních pracovišť zabezpečujících zdravotní péči v okrese Ostrava-město působí více jako právnická osoba (62 %) než jako osoba fyzická (38 %). Právnickou osobu v tomto okrese prezentují nejvíce společnost s r. o. s necelými 90 %, následuje akciová společnost s 5 % a příspěvkové organizace zřizované územně samosprávným celkem a státem, které se podílí na celkovém počtu každá 3 %. Právnickou osobou jsou Nemocnice Podlesí, a. s. poskytující péči v oboru kardiologie, Vítkovická nemocnice, a. s. v oborech kardiologie (včetně dětské kardiologie), revmatologie, gynekologie a porodnictví, JÍZDÁRENSKÁ, a. s. v oboru zubního lékařství, Dopravní zdravotnictví, a. s. v oboru gynekologie a porodnictví. Příspěvkovou organizací zřízenou městem Ostrava je Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace, jež poskytuje péči v oborech kardiologie (včetně dětské kardiologie), revmatologie, gynekologie

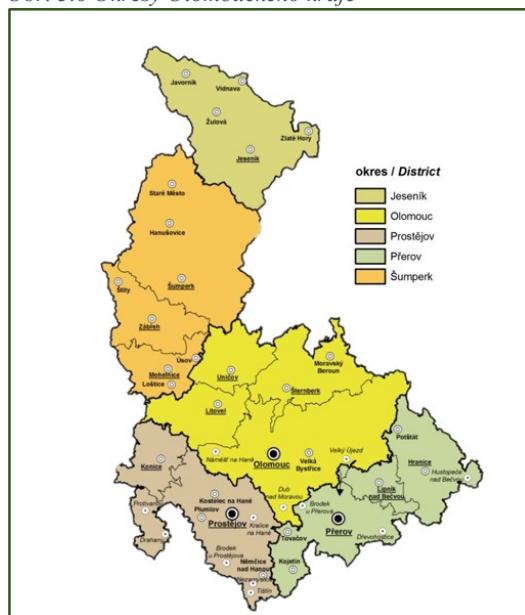
a porodnictví (včetně dětské gynekologie) a zubního lékařství. Příspěvkovou organizací státu je Fakultní nemocnice Ostrava, příspěvková organizace a poskytující zdravotní služby ve všech vybraných oborech zdravotní péče.

3.4 Dostupnost zdravotních služeb v Olomouckém kraji

3.4.1 Charakteristika Olomouckého kraje

Olomoucký kraj se nachází ve střední a částečně i severní části Moravy. Rozloha kraje činí 5 271 km² (k 31. 12. 2018). Olomoucký kraj hraničí na severu s Polskem, na východě s Moravskoslezským krajem. Jižní částí sousedí se Zlínským a Jihomoravským krajem a na západě zase s krajem Pardubickým. Území Olomouckého kraje tvoří celkem 5 okresů – Jeseník, Olomouc, Prostějov, Přerov a Šumperk. Jednotlivé okresy jsou graficky znázorněny na obrázku 3.6.

Obr. 3.6 Okresy Olomouckého kraje



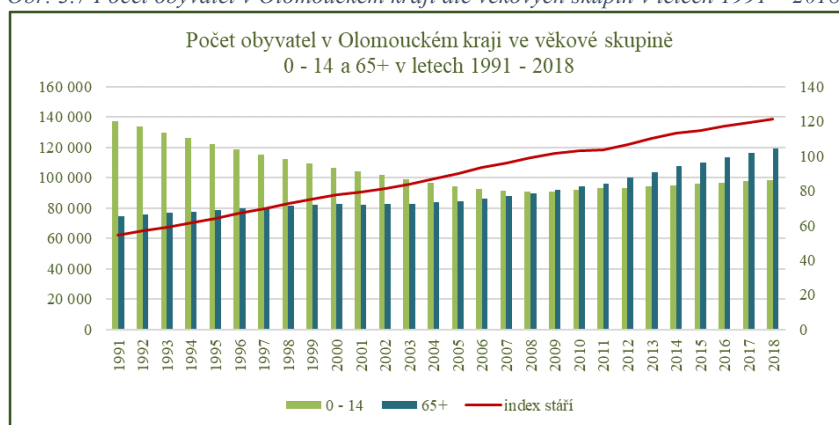
Zdroj: ČSÚ. Kraje a okresy ČR. Vlastní zpracování.

V kraji je celkem 402 obcí, z toho je 30 měst a 12 městysů, ve kterých žije 632 492 obyvatel (k 31. 12. 2018). V obcích do 499 obyvatel žije necelých 8 % obyvatel kraje, v obcích od 500 do 4 999 obyvatel je hlášeno 43 % obyvatel kraje, přibližně 16 % žije v obcích od 5 000 až 19 999 obyvatel. V obcích s počtem obyvatel nad 20 tisíc je evidováno přibližně 34 % obyvatel kraje. Krajským městem je Olomouc, kde žije 100 523 obyvatel (k 31. 12. 2018). Dopravní dostupnost zabezpečuje celkem 3 589 km silnic, z toho 127 km dálnic (ČSÚ, 2019c).

V Olomouckém kraji je k 31. 12. 2018 zastoupeno více žen, kterých je celkem 322 872 a podílí se tak na celkovém počtu obyvatel 51 %, mužů zde žije 309 620.

Nejpočetnější skupinu Olomouckého kraje tvoří obyvatelstvo ve věku 15 – 65 let podílejících se na celkovém počtu obyvatel 66 %, podíl obyvatel ve věku 65 a více je 19 %. Nejméně obyvatel Olomouckého kraje je ve věku 0 – 14 let, a to 15 %. Z pohledu demografického vývoje také obyvatelstvo Olomouckého kraje stárne, neboť ještě v roce 1991 převyšoval počet dětí ve věku 0 – 14 let (z celkového počtu obyvatel to bylo 21 %) seniorskou skupinu 65 a více let (12 %). Tento demografický vývoj je zobrazen na obrázku 3.7.

Obr. 3.7 Počet obyvatel v Olomouckém kraji dle věkových skupin v letech 1991 – 2018



Zdroj: ČSÚ. Časové řady Olomouckého kraje. Vlastní zpracování.

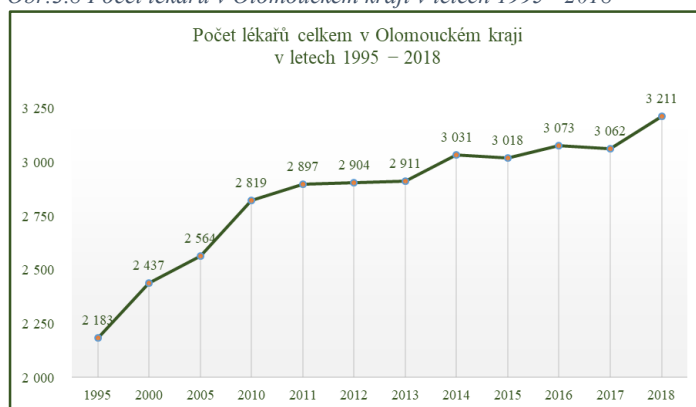
V roce 2018 se věková skupina ve věku 0 – 14 let podílí na celkovém počtu jen 16 %, naopak počet obyvatel ve věku 65 a více let se zvýšil za období více než 20 let o 44 747 obyvatel, tedy jde o nárůst o necelých 60 %. Stárnutí obyvatelstva rovněž potvrzuje rostoucí křivka indexu stáří na obrázku 3.7. Počty obyvatel Olomouckého kraje v rozdělení podle věkových skupin a jednotlivých okresů jsou uvedeny v příloze 3.

3.4.2 Poskytovatelé zdravotních služeb v Olomouckém kraji.

Podle údajů Českého statistického úřadu bylo v Olomouckém kraji k 31. 12. 2018 celkem 3 211 lékařů, z toho v okrese Jeseník 146 lékařů, v okrese Prostějov to bylo 453 lékařů, v okrese Přerov celkem 510 lékařů, okres Šumperk evidoval 385 lékařů a nejvíce lékařů v okrese Olomouc, kde jich bylo 1 717. Na jednoho lékaře připadalo v Olomouckém kraji z pohledu počtu obyvatel 197 obyvatel.

Rovněž v Olomouckém kraji v průběhu posledních let počet lékařů rostl, přičemž tento růst je graficky zobrazen na obrázku 3.8.

Obr.3.8 Počet lékařů v Olomouckém kraji v letech 1995 - 2018



Zdroj: ČSÚ. Časové řady Olomouckého kraje. Vlastní zpracování.

V roce 1995 bylo evidováno v Olomouckém kraji celkem 2 183 lékařů, v roce 2018 jich bylo již 3 211, celkově tak vzrostl za posledních 20 let počet lékařů o 1 028, tedy o více než 47 %.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna má pro své pojištěnce smluvně zajištěnou zdravotní péči u 463 poskytovatelů zdravotních služeb a 553 smluvních pracovištích. Na tato pracoviště se stejně jako v Moravskoslezském kraji pohlíží jako na samostatné zdravotnické zařízení. Počty pracovišť a poskytovatelů zdravotních služeb jsou uvedeny v tabulce 3.10.

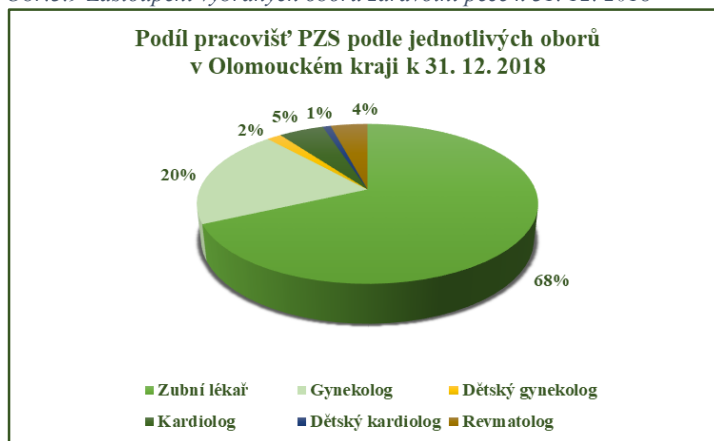
Tab.3.10 Počty PZS a smluvních pracovišť v okresech Olomouckého kraje podle jednotlivých oborů k 31. 12. 2018

Kraj, okres	Počet PZS	Počet pracovišť	Počet pracovišť dle oborů						Celkem
			Zubní lékař	Gynekolog	Dětský gynekolog	Kardiolog	Dětský kardiolog	Revmatolog	
Olomoucký kraj	463	553	377	111	9	28	5	23	553
<i>Jeseník</i>	27	34	23	7	2	1	0	1	34
<i>Olomouc</i>	195	230	152	46	4	15	1	12	230
<i>Prostějov</i>	79	98	70	19	1	4	2	2	98
<i>Přerov</i>	84	96	65	21	1	5	1	3	96
<i>Šumperk</i>	78	95	67	18	1	3	1	5	95

Zdroj: NRPZS; ČPZP - Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Největší zastoupení v Olomouckém kraji zaujímá primární péče, kterou zde prezentuje obor zubního lékařství a obor gynekologie a porodnictví. V oboru zubního lékařství je smluvních zdravotnických zařízení celkem 377, a podílí se tak na celkovém počtu 68 %. Druhou nejpočetnější skupinou jsou zdravotnická zařízení poskytující zdravotní služby v oboru gynekologie a porodnictví (20 %). Specializovanou ambulantní péči zajišťují zdravotnická zařízení v oboru kardiologie (5 %) a v oboru revmatologie (4 %), dětská specializovaná ambulantní péče se podílí na celkovém počtu nejméně. Rozdělení smluvních pracovišť poskytovatelů zdravotních služeb v Olomouckém kraji podle procentuálního zastoupení jednotlivých oborů zdravotní péče je graficky zobrazeno na obrázku 3.9.

Obr.3.9 Zastoupení vybraných oborů zdravotní péče k 31. 12. 2018



Zdroj: NRPZS; ČPZP - Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Zdravotní služby poskytují poskytovatelé zdravotních služeb jako fyzické nebo právnické osoby. Ve sledovaných oborech zdravotní péče působí v Olomouckém kraji celkem 245 poskytovatelů zdravotních služeb, kteří zabezpečují smluvní péči jako fyzické osoby, a převyšují tak o 12 % PZS, poskytujících zdravotní péči jako osoby právnické (218 poskytovatelů zdravotních služeb). Naopak z celkového počtu smluvních pracovišť jsou více zastoupeny právnické osoby, a to v počtu 293 oproti fyzickým osobám, kterých působí v Olomouckém kraji 262 a smluvně zajišťují zdravotní péči pro pojištěnce ČPZP. Přehled PZS a jejich smluvních pracovišť v rozdělení podle jednotlivých oborů a právních forem je uveden v tabulce 3.11.

Tab.3.11 Rozdělení PZS a jejich pracovišť v Olomouckém kraji dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem							
	Fyzická osoba	Právnická osoba	Fyzická osoba	Právnická osoba					celkem	Celkem
				akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost		
zubní lékařství	221	139	228	1	147	0	1	0	149	377
gynekologie	16	56	20	12	82	0	1	0	95	115
dětská gynekologie	0	0	2	0	3	0	1	0	4	6
kardiologie	2	20	2	6	19	0	1	0	26	28
dětská kardiologie	0	1	0	4	1	0	1	0	6	6
revmatologie	6	2	10	4	8	0	1	0	13	23
CELKEM	245	218	262	27	260	0	6	0	293	555

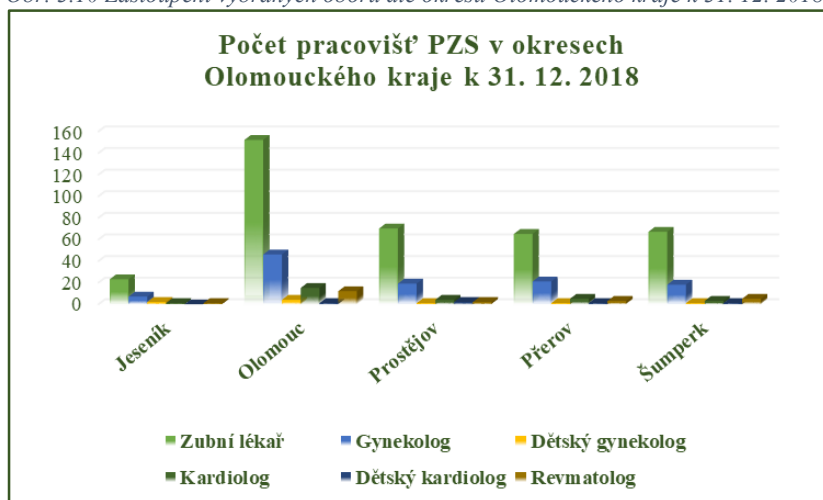
Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Nejvíce zdravotnických zařízení působících jako fyzická osoba je z oboru zubního lékařství, tato pracoviště se podílí na celkovém počtu 87 %, specializovaná ambulantní péče je naopak zastoupena mnohem méně. Obor dětské kardiologie v Olomouckém kraji je zastoupen PZS typu právnické osoby. Sledované zdravotní obory, které poskytují zdravotní služby jako právnická osoba, působí nejčastěji v právní formě společnost s r. o. V této právní formě zajišťuje zdravotní péči celkem 260 smluvních pracovišť. Mezi další právní formy zastoupené v Olomouckém kraji patří akciová společnost a příspěvková

organizace státu, kterou je Fakultní nemocnice Olomouc. Fakultní nemocnice Olomouc poskytuje péči ve všech vybraných zdravotních oborech.

V okresech koresponduje zastoupení smluvních zdravotnických zařízení s údaji Olomouckého kraje. V oborech primární péče poskytuje zdravotní služby nejvíce smluvních pracovišť z celkového počtu. Zastoupení sledovaných oborů v okresech Olomouckého kraje je graficky zobrazeno na obrázku 3.10.

Obr. 3.10 Zastoupení vybraných oborů dle okresů Olomouckého kraje k 31. 12. 2018



Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

V okrese Jeseník zabezpečuje zdravotní péči pojištěncům České průmyslové zdravotní pojišťovny ve sledovaných oborech 27 poskytovatelů zdravotních služeb, z toho 15 jako fyzická osoba a 12 je osob právnických. Počet smluvních zdravotnických zařízení poskytujících zdravotní služby ve sledovaných oborech je 36 a jsou uvedeny v rozdělení podle právní formy v tabulce 3.12.

Tab.3.12 Rozdělení PZS a smluvních pracovišť v okrese Jeseník dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

tab.5.12 Rozdělení PZS a úmavních pracovišť v oborech všeobecné lékařské obory a právní formy k 31. 12. 2016

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem							
	Fyzická osoba	Právnická osoba	Fyzická osoba	Právnická osoba					celkem	Celkem
				akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost		
zubní lékařství	13	8	13	1	9	0	0	0	10	23
gynekologie	1	3	1	1	6	0	0	0	7	8
dětská gynekologie	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2
kardiologie	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
dětská kardiologie	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
revmatologie	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
CELKEM	15	12	15	4	17	0	0	0	21	36

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Jako právnická osoba působí v okrese Jeseník zdravotnická zařízení pouze ve dvou právních formách, a to v právní formě společnost s r. o. (17 smluvních pracovišť) a akciová společnost. Akciovou společností je Jesenická nemocnice, a. s., která poskytuje smluvní péči na pracovištích v oborech zubního lékařství, gynekologie a porodnictví (včetně dětské gynekologie) a kardiologie (včetně dětské kardiologie).

V největším z okresů Olomouckého kraje Olomouc je pro pojištěnce ČPZP zajišťována péče ve vybraných oborech 195 smluvními poskytovateli zdravotních služeb. Celkově zajišťuje ovšem zdravotní péči 230 smluvních zařízení, jejichž členění podle oborů a právní formy je uvedeno v tabulce 3.13.

Tab.3.13 Rozdělení PZS a smluvních pracovišť v okrese Olomouc dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem							
	Fyzická osoba	Právní osoba	Fyzická osoba	Právní osoba					celkem	Celkem
				akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost		
zubní lékařství	86	63	86	0	65	0	1	0	66	152
gynekologie	6	27	6	4	35	0	1	0	40	46
dětská gynekologie	0	0	1	0	2	0	1	0	3	4
kardiologie	1	10	1	2	11	0	1	0	14	15
dětská kardiologie	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
revmatologie	1	1	1	3	7	0	1	0	11	12
CELKEM	94	101	95	9	120	0	6	0	135	230

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování.

Zubní lékařství je opět ze všech oborů zastoupeno nejvíce, a to 66 %. Smluvní pracoviště v oboru gynekologie a porodnictví jsou zastoupena 20 % z celkového počtu. Také ostatní sledované obory jsou v okrese Olomouc zastoupeny, ale tradičně nejméně je zastoupena specializovaná ambulantní péče pro děti, tedy dětská gynekologie a dětská kardiologie. Smluvní pracoviště působící jako fyzické osoby, nejčastěji poskytují zdravotní služby v oboru zubního lékařství (90 %). Pracoviště, která poskytují péči jako právní osoba, jsou v necelých 90 % provozována v právní formě společnost s ručením omezeným (120 smluvních pracovišť). V okrese Olomouc působí 9 pracovišť ve formě akciové společnosti, Středomoravská nemocniční, a. s. poskytuje služby v oboru kardiologie, revmatologie, gynekologie a porodnictví ve městech Litovel a Šternberk, Dopravní zdravotnictví, a. s. smluvně zabezpečuje péči pro pojištěnce ČPZP v oborech kardiologie, revmatologie a gynekologie a porodnictví. Zdravotní péči ve všech sledovaných oborech také zajišťuje Fakultní nemocnice Olomouc, příspěvková organizace zřízená státem.

V okrese Prostějov poskytuje pojištěncům České průmyslové zdravotní pojišťovny 79 poskytovatelů zdravotních služeb (42 fyzických osob a 37 právnických osob), současně je zajišťována péče v 98 smluvních zdravotnických zařízeních, přičemž tato zařízení, působící jako osoby fyzické i právní, se podílejí na poskytování zdravotních služeb rovným dílem. Z pohledu jednotlivých oborů opět nejvíce smluvních pracovišť patří do oborů primární péče a podílí se na celkovém počtu 90 %. Rozdělení podle právní formy a jednotlivých oborů je uvedeno v tabulce 3.14.

Tab.3.14 Rozdělení PZS a smluvních pracovišť v okrese Prostějov dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem							Celkem
			Fyzická osoba	Právníká osoba					celkem	
	Fyzická osoba	Právníká osoba		akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost		
zubní lékařství	37	26	42	0	28	0	0	0	28	70
gynekologie	3	7	4	1	14	0	0	0	15	19
dětská gynekologie	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
kardiologie	1	2	1	1	2	0	0	0	3	4
dětská kardiologie	0	1	0	1	1	0	0	0	2	2
revmatologie	1	1	1	0	1	0	0	0	1	2
CELKEM	42	37	49	3	46	0	0	0	49	98

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování

Právní osoba je v okrese Prostějov zastoupena v právní formě společnosti s r. o., která tvoří 94 % smluvní sítě a také v právní formě akciové společnosti. Středomoravská nemocniční, a. s. poskytuje zdravotní péči v oboru kardiologie (včetně dětské kardiologie) a oboru gynekologie a porodnictví.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna má pro své pojištěnce v okrese Přerov smluvně zajištěnou zdravotní péči u 84 poskytovatelů zdravotních služeb a celkem v 96 zdravotnických zařízeních. V okrese Přerov působí více poskytovatelů (a také pracovišť) jako fyzické osoby a podílí se na celkovém počtu 60 %. Počty smluvních PZS a pracovišť v rozdělení podle oborů a právních forem udává tabulka 3.15.

Tab.3.15 Rozdělení PZS a smluvních pracovišť v okrese Přerov dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem							Celkem
			Fyzická osoba	Právnícká osoba					celkem	
	Fyzická osoba	Právnícká osoba		akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost		
zubní lékařství	46	19	46	0	19	0	0	0	19	65
gynekologie	6	7	8	4	9	0	0	0	13	21
dětská gynekologie	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
kardiologie	0	4	0	1	4	0	0	0	5	5
dětská kardiologie	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
revmatologie	2	0	3	0	0	0	0	0	0	3
CELKEM	54	30	58	6	32	0	0	0	38	96

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování

Primární péče se podílí v okrese Přerov 90 % z celkového počtu zdravotnických zařízení (obor zubního lékařství tvoří 68 % a obor gynekologie a porodnictví 22 %). Zdravotnických zařízení působících jako právní osoby tvoří v 84 % právní forma společnost s r. o. a v 16 % v právní formě akciové společnosti. Akciová společnost je prezentována Nemocnicí Hranice, a. s. (zajišťuje zdravotní služby v oboru gynekologie a porodnictví ve městech Přerov a Lipník nad Bečvou) a Středomoravská nemocniční, a. s. poskytující péči v oboru gynekologie a porodnictví ve městech Přerov a Tovačov a v oboru kardiologie (včetně dětské kardiologie) ve městě Přerov.

V posledním z okresů, tedy okrese Šumperk poskytuje zdravotní péči ve sledovaných oborech pojištěncům České průmyslové zdravotní pojišťovně

78 poskytovatelů zdravotních služeb a 95 smluvních pracovišť. Celková skladba smluvní sítě koresponduje s ostatními okresy i Olomouckým krajem, proto zde největší podíl rovněž tvoří obory primární péče. Rozdělení podle oborů a právních forem je uvedeno v tabulce 3.16.

Tab.3.16 Rozdělení PZS a smluvních pracovišť v okrese Šumperk dle oborů a právní formy k 31. 12. 2018

Obor	Počet PZS dle oborů a právních forem		Počet pracovišť PZS dle oborů a právních forem							
			Fyzická osoba	Právnícká osoba					celkem	Celkem
	Fyzická osoba	Právnícká osoba		akciová společnost	společnost s r. o.	PO ÚSC	PO státu	komanditní společnost		
zubní lékařství	39	23	41	0	26	0	0	0	26	67
gynekologie	0	12	0	2	16	0	0	0	18	18
dětská gynekologie	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
kardiologie	0	3	0	1	2	0	0	0	3	3
dětská kardiologie	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
revmatologie	1	0	4	1	0	0	0	0	1	5
CELKEM	40	38	45	5	45	0	0	0	50	95

Zdroj: NRPZS; ČPZP – Smluvní lékaři. Vlastní zpracování

Smluvních pracovišť poskytují zdravotní služby jako fyzická osoba pouze v oborech zubního lékařství a oboru revmatologie, ostatní obory jsou zastoupeny pouze v právní formě společnosti s r. o. a právní formě akciová společnost. Nemocnice Šumperk, a. s. zajišťuje zdravotní péči pojištěncům ČPZP ve všech sledovaných oborech s výjimkou dětských oborů a Jesenická nemocnice, a. s. poskytuje služby v oboru gynekologie a porodnictví.

V Moravskoslezském i Olomouckém kraji jsou smluvně zajištěny pro pojištěnce České průmyslové zdravotní pojišťovny všechny sledované obory zdravotní péče, přestože z provedené analýzy vyplývá, že primární péče tvoří většinový podíl z celkového počtu, to je samozřejmě odůvodněno povahou a rozsahem poskytované péče. V oblastech specializované ambulantní péče je fyzická dostupnost v podstatně menší míře. Zhodnocení zajištění dostupnosti z pohledu legislativy, tedy Nařízení vlády o časové a místní dostupnosti je obsahem následující kapitoly.

4 Zhodnocení dostupnosti vybraných zdravotních služeb ambulantní péče v Moravskoslezském a Olomouckém kraji

Dostupnost vybraných zdravotních služeb je zkoumána a hodnocena z pohledu zabezpečení místní dostupnosti, tedy zabezpečení dodržení stanových dojezdových dob stanovených v Nařízení vlády. Pro zhodnocení dostupnosti vybraných zdravotních služeb byly využity nástroje ArcGIS Online a Here.

4.1 Charakteristika nástrojů pro hodnocení místní dostupnosti

Hodnotit dostupnost je možné z mnoha pohledů a mnoha metodami. K hodnocení geografické nebo také místní dostupnosti je vhodné použít geografických informačních systémů (z angl. Geographical Information System).

Geografický informační systém (GIS) je počítačový systém, který je založený na softwaru, hardwaru a geografických informacích, a jehož prostřednictvím se získávají, spravují, analyzují a prezentují geografická data (Voženílek, 1998). Prostorová data (tzv. geodata) jsou nejčastěji vizualizována formou map, prostřednictvím mapových objektů, kterými mohou být body, linie nebo plochy. Geodata jsou dána polohou (prostřednictvím souřadného systému), prostorovými vlastnostmi, jako je např. délka, plocha, objem, orientace, tvar nebo sklon, časem (doba pořízení, platnosti a aktualizace), prostorovými vztahy (topologií) a také dalšími atributy (Machalová, 2007). Hlavním záměrem GISu je ale realizace prostorových analýz. Pomocí prostorových analýz lze kombinovat údaje z množství nezávislých zdrojů a získat tak nové sady informací (výsledků). Většina dat a měření jsou propojena s určitým místem, proto je lze umístit na mapu. Prostředí jako např. nadmořská výška, teplota nebo srážky jsou představovány pomocí rastrových sítí, naopak silnice, budovy nebo administrativní údaje (oblasti sčítání) bývají reprezentovány prostřednictvím vektorových dat. Prostorová data se skládají do vrstev a tvoří souhrn informací o konkrétním místě, příklad jednotlivých vrstev je zobrazen v příloze 4.

ArcGIS Online⁴ je geografický informační systém, jehož prostřednictvím lze propojovat místa a data pomocí interaktivních map. Výhodou interaktivních map je například v možnosti získat podrobnosti přiblížením, zobrazení informací

⁴ ArcGIS Online je součástí systému Esri Geospatial Cloud, vytvořený společností ESRI (Environmental Systems Research Institute).

pro konkrétní oblast, filtrováním nebo změnou barev lze získat další perspektivy. HERE Technologies je dlouhodobým partnerem společnosti ESRI a společně poskytují komplexní mapová řešení pro většinu platforem. Informace o silnicích a dopravě, ohodnocení silniční sítě byly integrovány do ArcGIS Online.

Pomocí těchto nástrojů byla provedena prostorová analýza, která vychází z nastavených podmínek dle Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti. Nařízení vlády, jak již bylo výše uvedeno, vymezuje místní dostupnost jako čas strávený pacientem přepravou za zdravotní péčí a stanovuje rovněž maximální možné hranice dojezdu k poskytovateli zdravotních služeb daného oboru nebo služby. Nařízení vlády nedefinuje způsob dopravy, tedy nejde jednoznačně stanovit, zda tyto stanovené hranice musí být splněny pro dojezd hromadnou dopravou nebo individuální (automobilovou) dopravou, přesto z hlediska dopravy se předpokládá, že jde o automobilovou dopravu. Prvním parametrem analýzy je stanovena automobilová doprava. Doprava jako taková je samozřejmě ovlivňována mnoha faktory, jako je typ silnice, intenzita provozu, průměrná rychlost, denní doba, stav komunikace, roční období, aj. Čas strávený dopravou z místa A do místa B je v neděli večer zcela jistě odlišný od času stráveného na stejném úseku v pracovní den odpoledne. Druhý parametr pro výpočet času dojezdu je proto stanoven den pondělí a čas sedm hodin ráno. Vzhledem k tomu, že v Nařízení vlády není specifikováno kapacitní vytížení, jsou poskytovatelé zdravotních služeb a jejich smluvní pracoviště postaveni na stejnou úroveň. Vstupními daty jsou veřejně dostupné informace z Registru poskytovatelů zdravotních služeb, a které jsou následně očištěny na seznam smluvních zdravotnických zařízení ČPZP, podle aktuálně zveřejněných dat na oficiálních stránkách České průmyslové zdravotní pojišťovny, a to v sekci Smluvní lékaři. Vytvořený seznam smluvních zdravotnických zařízení se tak stává hlavním zdrojem dat obsahující tyto údaje:

- IČ, Název PZS, Adresní údaje (ulice, číslo popisné, PSČ, název obce, GPS);
- Označení kraje a okresu, ve kterém se PZS (pracoviště) nachází;
- Datum zahájení činnosti, typ osoby (právnícká, fyzická), typ právní formy;
- Obor péče, Odbornost, Dojezdová vzdálenost, Forma péče (ambulantní, specializovaná).

Pro modelování zajištění dostupnosti byly vytvořeny tři skupiny podle dojezdové doby. Z důvodu velkého množství dat, byla vybrána zdravotnická zařízení za každou skupinu v obcích nad 10 000 obyvatel, v nichž působí všechny obory zdravotní péče

zařazené do konkrétní skupiny. Pro každou skupinu byly následně definovány časové úseky a intervaly, viz tabulka 4.1.

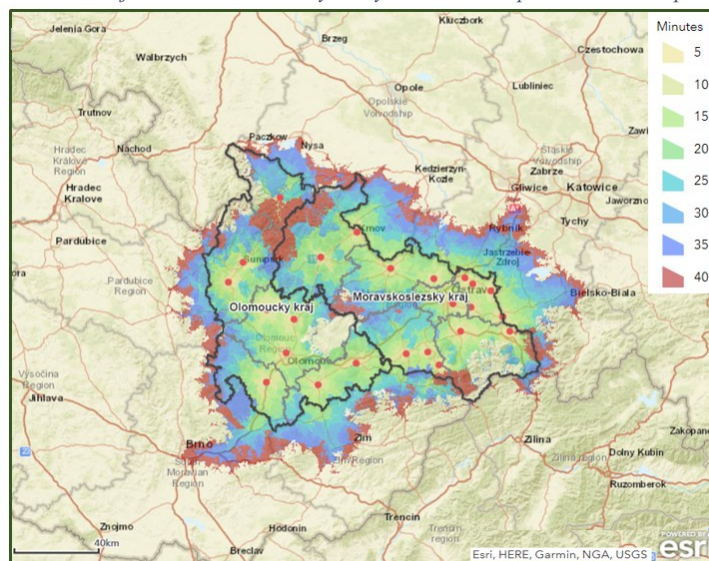
Tab. 4.1 Rozdělení odborností do skupin podle dojezdové doby

Skupina	Odbornost	Dojezdová doba	Členění dojezdové doby
1	014, 603	35	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40
2	107, 109, 302	60	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70
3	604	120	20, 40, 60, 80, 100, 120, 130

Zdroj: Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. Vlastní zpracování.

Skupina 1 prezentuje dojezdovou vzdálenost do 35 minut, proto zde jsou zařazeny obory zubního lékařství (odbornost 014) a gynekologie a porodnictví (odbornost 603). Pro tuto skupinu byly definovány časové intervaly po pěti minutách (0 – 40 minut), přičemž maximální hranice dojezdové doby byla stanovena na 35 minut. Na obrázku 4.1 je zobrazená barevná škála rozlišující jednotlivé definované časové intervaly. Území zobrazené červenou barvou přesahuje stanovenou dojezdovou dobu, toto území bylo dále prověřováno z bližší perspektivy.

Obr. 4.1 Dojezdová vzdálenost vybraných smluvních pracovišť ve skupině I



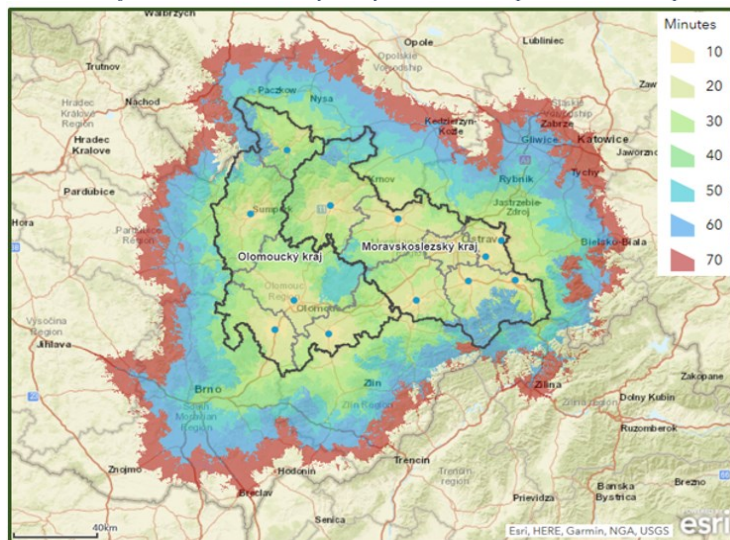
Zdroj: Esri (ArcGIS Online). Here.

Pro prostorovou analýzu skupiny 1 byla vybrána města Bruntál, Krnov, Opava, Hlučín, Ostrava, Bohumín, Orlová, Karviná, Havířov, Třinec, Frýdek-Místek, Český Těšín, Nový Jičín, Kopřivnice a Frenštát pod Radhoštěm z Moravskoslezského kraje. Z Olomouckého kraje byla vybrána města Jeseník, Šumperk, Zábřeh, Prostějov, Přerov, Hranice, Olomouc, Šternberk a Uničov.

Obory specializované ambulantní péče, kterými jsou obor kardiologie a dětské kardiologie (odbornost 107 a 302) a obor revmatologie, včetně dětské revmatologie

(odbornost 109) mají vymezenou dojezdovou dobu dle Nařízení vlády do 60 minut, jsou proto zařazeny do skupiny 2. Pro tuto skupinu byly definovány časové intervaly po 10 minutách (0 – 70 minut), které jsou zobrazeny na obrázku 4.2.

Obr. 4.2 Dojezdová vzdálenost vybraných smluvních pracovišť ve skupině 2

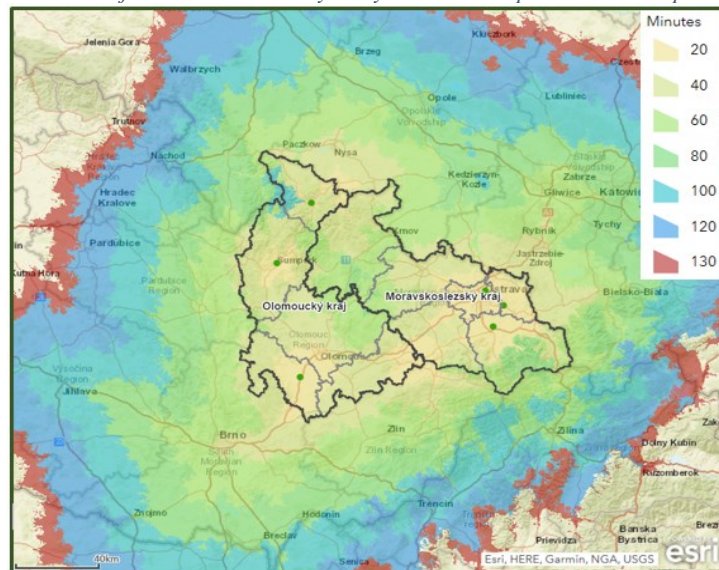


Zdroj: Esri (ArcGIS Online), Here.

Smluvní zdravotnická zařízení v Moravskoslezském kraji, reprezentující obory zdravotní péče zařazené ve skupině 2 byly vybrány ve městech Bruntál, Opava, Ostrava, Nový Jičín, Frýdek-Místek, Třinec, Havířov a Karviná. V Olomouckém kraji byla vybrána města Jeseník, Olomouc, Šumperk, Prostějov a Přerov.

Do skupiny 3 byl zařazen obor dětské gynekologie, kde je Nařízením vlády stanovena dojezdová doba do 120 minut. Mapa časové dostupnosti pro tento obor je zobrazena na obrázku 4.3.

Obr. 4.3 Dojezdová vzdálenost vybraných smluvních pracovišť ve skupině 3

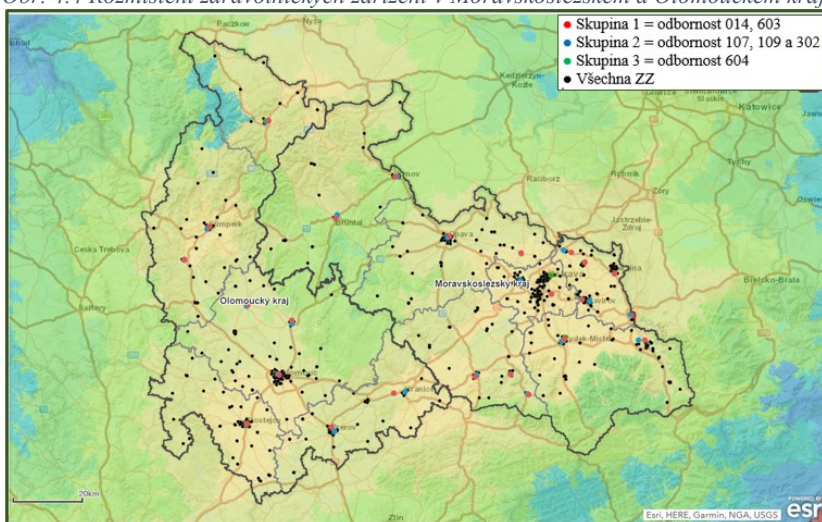


Zdroj: Esri (ArcGIS Online), Here.

Časové intervaly této skupiny byly definovány po 20 minutách (0 – 130). Smluvní pracoviště této odbornosti, která byla vybrána pro prostorovou analýzu dostupnosti, působí ve městech Ostrava, Frýdek-Místek a Havířov (Moravskoslezský kraj), Jeseník, Šumperk a Prostějov (Olomoucký kraj).

Pomocí výše uvedených nástrojů a stanovených parametrů byla provedena prostorová analýza, jejímž výsledkem je vytvořená interaktivní mapa. Prostřednictvím tohoto nástroje bylo provedeno zhodnocení zajištění dostupnosti. V Moravskoslezském a Olomouckém kraji byly pomocí GPS lokalizovány místa provozování nebo poskytování zdravotních služeb ve všech vybraných oborech zdravotní péče, tato místa jsou v mapě označena černým bodem, viz obrázek 4.4.

Obr. 4.4 Rozmístění zdravotnických zařízení v Moravskoslezském a Olomouckém kraji



Zdroj: Esri (ArcGIS Online), Here.

Tímto bodem lze identifikovat všechny PZS, kteří na daném místě působí. Vzor takové lokalizace například v obci Opava je zobrazen v příloze 5. Stanovené časové intervaly jsou pro lepší přehlednost v mapě barevně rozlišeny. Prostřednictvím mapy je možné zobrazit hranice dojezdových časových intervalů, příklad rozlišení časové hranice skupiny 1 je zobrazen v příloze 6. Následně byla provedena analýza dojezdové vzdálenosti z každé obce Moravskoslezského kraje a Olomouckého kraje k vybraným reprezentativním místům, výsledek této analýzy je uveden v příloze 7.

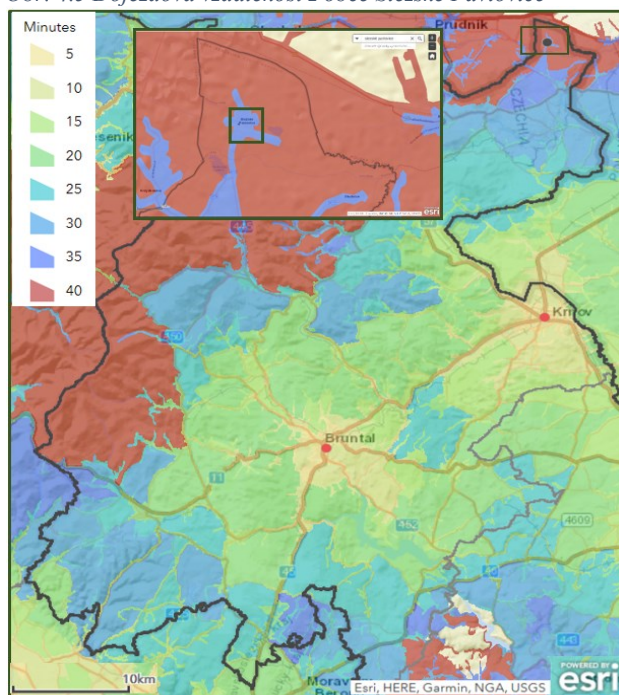
4.2 Zhodnocení dostupnosti v Moravskoslezském kraji

Zhodnocení dostupnosti pomocí interaktivní mapy bylo provedeno ve všech okresech Moravskoslezského kraje.

Okres Bruntál se nachází na severozápadě Moravskoslezského kraje a svou rozlohou je největší z jeho okresů. Území okresu se rozkládá na 1 537 km² (cca 28 % rozlohy kraje). Velkou část severozápadního území pokrývají lesy (70 533 ha), které představují 45 % území tohoto okresu. Podle hustoty obyvatelstva je naopak okres Bruntál nejmenším okresem, žije zde přibližně 92 tisíc obyvatel. V okrese Bruntál, podle údajů Českého statistického úřadu, je evidováno k 31. 12. 2018 celkem 67 obcí.

Při zobrazení okresu Bruntál na mapě pro skupinu 1, (viz obrázek 4.1), lze vidět červeně zobrazené území na severozápadě, které tvoří převážně lesy. Všechny obce okresu Bruntál byly pomocí mapy lokalizovány, příklad lokalizace obce Slezské Pavlovice je zobrazen na obrázku 4.5.

Obr. 4.5 Dojezdová vzdálenost z obce Slezské Pavlovice



Zdroj: Esri (ArcGIS Online), Here.

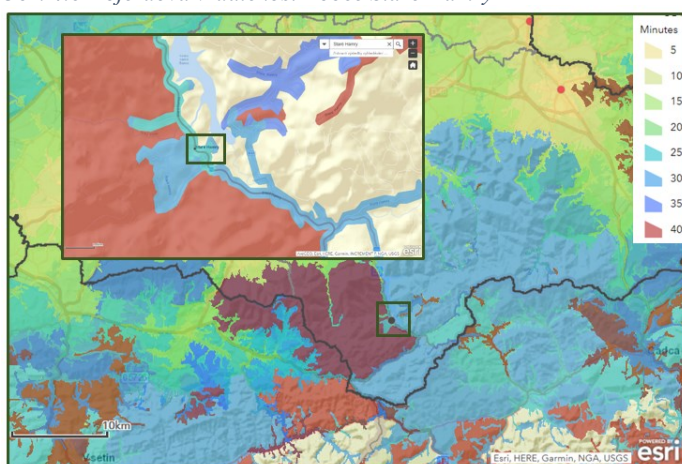
Většina obcí (18) v okrese Bruntál je ve skupině 1 v dojezdové vzdálenosti ke stanoveným reprezentativním místům v časovém intervalu od 10 – 15 minut, ze všech obcí tvoří podíl 27 %. V dojezdové vzdálenosti do maximálně 10 minut, tedy v časovém intervalu 5 – 10 minut, je necelých 21 % obcí, to je v absolutní hodnotě 14 obcí. V čase dojezdu mezi 10 až 15 minutami je vzdáleno 12 obcí a v čase dojezdu v intervalu 20 – 25 minut celkem 10 obcí okresu Bruntál. Z celkového počtu obcí je v dojezdové vzdálenosti od 25 až 30 minut přibližně 10 % obcí, nejméně jich je v dosahu do 5 minut (3) a do 35 minut (3). V dojezdové vzdálenosti nad 35 minut není žádná z obcí. Ve skupině 2 se nachází 29 obcí (43 %) ve vzdálenosti definované časovým intervalem 10 – 20 minut.

Více než 20 % všech obcí okresu Bruntál je v dojezdu od 20 – 30 minut, těchto obcí je 14. Přibližně 15 % (tedy 10 obcí) je v dojezdové vzdálenosti do 10 minut. V dosahu od 40 do 50 minut je 12 % obcí okresu. Nejméně, tedy 6 obcí, je vzdáleno od poskytnutí zdravotní péče (v oborech zařazených do skupiny 2) v intervalu od 30 – 40 minut. Žádná z obcí okresu Bruntál není vzdálena více než 50 minut dojezdu. Polovina obcí (34) v okrese Bruntál je v dosahu zdravotní péče v oboru dětské gynekologie (skupina 3) definovaném časovém intervalem 20 – 40 minut. Ve vzdálenosti od 40 do 60 minut se nachází 27 obcí, tedy 40 % všech obcí. Pouze šest obcí je vzdáleno od vybraného místa poskytování zdravotní péče v dojezdu do 20 minut. Ve vzdálenosti dostupnosti nad 60 minut není žádná obec.

Okres Frýdek-Místek se nachází ve východní části kraje, velkou část území zabírají Moravskoslezské Beskydy (lesní pozemky tvoří 51 % celkové plochy okresu). Rozloha okresu Frýdek-Místek činí 1 208 km², je tak druhým největším okresem v kraji a zároveň třetím z pohledu počtu obyvatel (více než 214 tisíc). V okrese Frýdek-Místek bylo evidováno k 31. 12. 2018 celkem 72 obcí.

V okrese Frýdek-Místek není obec, jejíž dojezdová doba ke zdravotní péči zařazené ve skupině 1 je více než 30 minut. Necelých 7 % všech obcí okresu je v dojezdové vzdálenosti do 5 minut, nejmenší podíl mají obce vzdálené 20 až 25 minut (4 %), do tohoto časového intervalu spadá také obec Staré Hamry, jejíž zobrazení na mapě lze vidět na obrázku 4.6.

Obr. 4.6 Dojezdová vzdálenost z obce Staré Hamry



Zdroj: Esri (ArcGIS Online), Here.

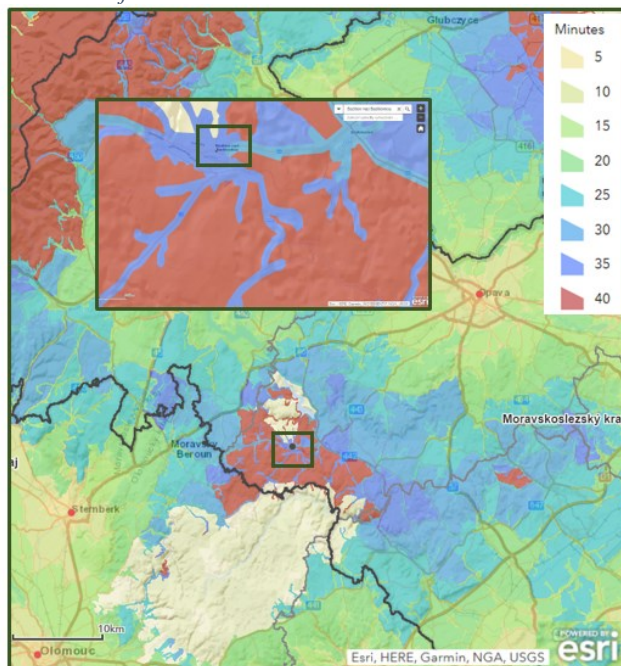
V okrese Frýdek-Místek je 26 obcí, které jsou v dojezdové vzdálenosti od 5 do 10 minut, jejich podíl činí 36 % z celkového počtu obcí okresu. Druhou nejpočetnější skupinou obcí jsou obce, jejichž obyvatelé musí překonat vzdálenost vymezenou časovým intervalem

10 – 15 minut (celkem 25 obcí). Vzdálenost do 20 minut překonává 10 obcí a podílí se tak na celkovém počtu 14 %. Na území okresu Frýdek-Místek se nachází tři obce, jejichž dojezdová doba k místu poskytování zdravotních služeb zařazených ve skupině 1 je v časovém intervalu 25 – 30 minut. Pojištěnci ČPZP, žijící v těchto obcích musí překonat největší vzdálenost, těmito obcemi jsou obce Bílá, Horní Lomná a Hřava. Zdravotní péče zařazená ve skupině 2 je, pro pojištěnce ČPZP z obcí okresu Frýdek-Místek, v dostupné vzdálenosti nejčastěji v časovém intervalu od 10 – 20 minut. V této dojezdové vzdálenosti je více než polovina (55 %) všech obcí okresu, celkem je to 40 obcí. Přibližně 30 % obcí okresu se k vybranému reprezentativnímu zařízení této skupiny dostane v čase do 10 minut. V časovém úseku od 20 – 30 minut se nachází 12 % obcí okresu. Nejdelší vzdálenost (časový interval 30 – 40 minut) mají obce Horní Lomná a Hřava. Převládající většina obcí okresu Frýdek-Místek je v dojezdové vzdálenosti k místu poskytování zdravotních služeb v oboru dětské gynekologie (3 skupina) do 20 minut, a to 57 obcí. Ve vzdálenosti dojezdu nad 40 minut se nenachází žádná z obcí okresu, přibližně 20 % všech obcí okresu Frýdek-Místek musí překonat vzdálenost danou časovým intervalem 20 – 40 minut.

Třetím největším okresem Moravskoslezského kraje je okres Opava, který se rozléhá na 1 116 km² a žije zde více než 176 tisíc obyvatel. Velkou část území zabírá zemědělská půda, a to 60 % z celkové výměry půdy okresu, lesní pozemky zaujímají 28 % z celkové výměry (31 tisíc ha). V okrese Opava bylo evidováno k 31. 12. 2018 celkem 77 obcí, to je nejvíce v Moravskoslezském kraji.

Také v okrese Opava je na obrázku 4.1 část území zobrazena červeně (dojezdová vzdálenost nad 35 minut), z čehož by bylo možné usuzovat na nezajištění dostupnosti zdravotní péče ve skupině 1. Z provedené analýzy ovšem vyplývá, že překročení hraniční dojezdové doby 35 minut není u žádné z obcí okresu. Okres Opava má nejvíce obcí (a to 31 %) vzdálených od výše uvedených reprezentativních míst v časovém intervalu 10 – 15 minut. V dojezdovém čase 5 – 10 minut je 20 obcí (26 %) a o pět obcí méně musí překonat vzdálenost ke zdravotnickému zařízení do 20 minut. Přibližně 11 % všech obcí je vzdálených v dojezdové době od 20 – 25 minut. V dosahu 30 minut je celkem 5 obcí, v dosahu do 5 minut celkem 4 obce. V hraniční dojezdové vzdálenosti, tedy v časovém úseku 30 – 35 minut je pouze jedna obec, a tou je obec Budišov nad Budišovkou, viz obrázek 4.7.

Obr. 4.7 Dojezdová vzdálenost z obce Budišov nad Budišovkou



Zdroj: Esri (ArcGIS Online), Here.

Zdravotní péče oborů zařazených ve skupině 2 je dostupná pro více než polovinu (56 %) obcí okresu Opava v dojezdovém čase od 10 do 20 minut. Dalších 32 % všech obcí je vzdálených od místa poskytování zdravotních služeb v časovém intervalu 20 – 30 minut. Osm obcí okresu je v dojezdu k vybrané zdravotní péči v čase do 10 minut. Dostupnost zdravotní péče ze skupiny 3 je pro pojištěnce z obcí okresu Opava zajištěna nejčastěji (62 % všech obcí okresu) v časovém intervalu od 20 do 40 minut. V dojezdové vzdálenosti do 20 minut je 23 obcí. Větší vzdálenost (časový úsek 40 – 60 minut) musí překonat obyvatelé šesti obcí, mezi něž patří například obec Sosnová nebo Kružberk.

Nejmenším okresem Moravskoslezského kraje z hlediska území je okres Ostrava-město, jehož rozloha zaujímá 332 km². Na tomto území žije více než 321 tisíc obyvatel, je tak největším okresem v Moravskoslezském kraji. Okres evidoval k 31. 12. 2018 celkem 13 obcí.

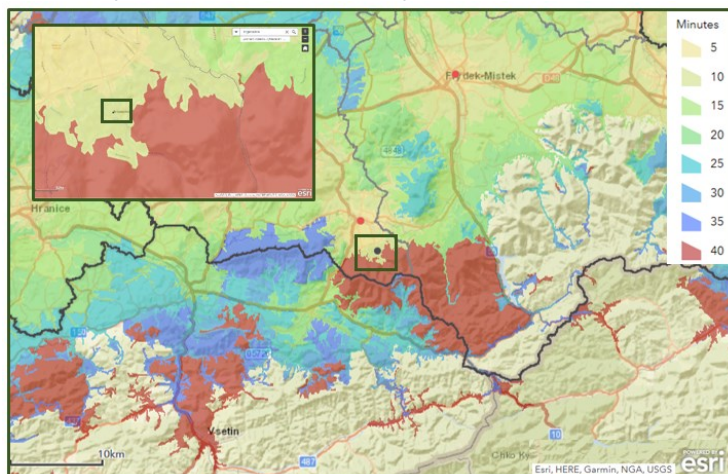
Dostupnost zdravotní péče ve skupině 1 je v okrese Ostrava-město ve více než polovině obcí (54 %) zajištěna ve vzdálenosti 15 – 20 minut. V časovém intervalu 5 – 10 minut je přibližně 23 % všech obcí. V dojezdu do 5 minut je jedna obec, stejně jako ve vzdálenosti 10 až 15 minut. Nejdelší dojezdovou dobou k poskytnutí zdravotní péče v oborech v této skupině je časový úsek (20 – 25 minut), kterou musí překonat pojištěnci ČPZP žijící v obci Zbyslavice. Rovněž většina obcí má zajištěnou dostupnost pro poskytování zdravotních služeb v oborech zařazených ve skupině 2 v dojezdové

vzdálenosti do 20 minut (12 obcí), pouze jedna obec je vzdálená časem do 10 minut. Již z analýzy předchozí skupiny lze konstatovat, že všechny obce okresu Ostrava-město jsou v dojezdové vzdálenosti zdravotních služeb ze skupiny 3 (obor dětské gynekologie) do 20 minut.

Druhým nejmenším okresem Moravskoslezského kraje podle počtu obyvatel je okres Nový Jičín, na jehož území o rozloze 882 km² žije přes 151 tisíc obyvatel. Z celkové výměry půdy tvoří 64 % zemědělská půda. Okres tvoří celkem 54 obcí (k 31. 12. 2018).

Nejvíce obcí okresu Nový Jičín, přibližně 30 %, je v dojezdové vzdálenosti ke zdravotní péči ze skupiny 1 v časovém intervalu 5 až 10 minut (celkem 16 obcí), do tohoto intervalu spadá obec Trojanovice, viz obrázek 4.8.

Obr. 4.8 Dojezdová vzdálenost z obce Trojanovice



Zdroj: Esri (ArcGIS Online), Here.

V časovém intervalu od 15 – 20 minut je vzdáleno 26 % všech obcí okresu. Pojištěnci ČPZP přibližně 20 % obcí okresu musí překonat vzdálenost s časem dojezdu 20 až 25 minut. V dosahu zdravotní péče první skupiny od 10 do 15 minut je 7 obcí (to je 13 %) a v dosahu do 5 minut je 5 obcí okresu. V nejdelším časovém úseku 25 – 30 minut je v okrese Nový Jičín pouze jedna obec (Heřmanice u Oder). Více než polovina obcí v okrese Nový Jičín je vzdálená od vybraných smluvních pracovišť ve skupině 2 v dojezdové době od 10 do 20 minut. Těchto obcí je v okrese 31. V časovém intervalu 20 – 30 minut se nachází 20 % obcí okresu a v dojezdu do 10 minut je 18 % všech obcí. Naopak nejdelší časový úsek (30 až 40 minut) ke zdravotním službám vymezených oborů mají v okrese pouze dvě obce (Luboměř a Spálov). Obce ve skupině 3, tedy poskytování zdravotní péče v oboru dětské gynekologie, jsou v dojezdové vzdálenosti do 30 minut (tedy 33 obcí) a také v dosahu 20 – 40 minut.

Posledním okresem Moravskoslezského kraje je okres Karviná a rozkládá se na území 356 km². Z pohledu obyvatelstva je druhým nejlidnatějším okresem kraje, neboť zde žije přes 247 tisíc obyvatel. K 31. 12. 2018 bylo v tomto okrese evidováno 17 obcí.

Okres Karviná tvoří pouze 17 obcí. Ve skupině 1 (obor zubního lékařství, gynekologie a porodnictví) je 53 % všech obcí okresu v dojezdové vzdálenosti od 5 do 10 minut. Sedm obcí musí k poskytnutí péče překonat vzdálenost v časovém intervalu do 5 minut. Nejdelším časovým úsekem v okrese Karviná je interval 10 – 15 minut. V tomto časovém intervalu se nachází pouze jedna obec, a tou je obec Albrechtice. Obory zdravotních služeb ze skupiny 2 jsou dostupné ve vzdálenosti do 10 minut ve více než 50 % obcí okresu, sedm obcí je v dosahu 10 až 20 minut. Jedna obec se nachází v dojezdu do 30 minut. Výsledek analýzy skupiny 3 v okrese Karviná koresponduje s výsledkem skupiny 1, většina obcí (více než 90 %) se nachází v dojezdové vzdálenosti do 20 minut, jedna obec ve vzdálenosti do 40 minut, tou je obec Petrovice u Karviné.

Modelováním dostupnosti podle vybraných smluvních pracovišť bylo zjištěno, že všechny obce Moravskoslezského kraje se nachází v dojezdové době stanovené Nařízením vlády. Žádná z obcí tuto maximálně stanovenou dojezdovou dobu nepřekročuje.

4.3 Zhodnocení dostupnosti v Olomouckém kraji

V Olomouckém kraji byla provedena prostorová analýza, na jejímž základě bylo provedeno hodnocení ve všech okresech kraje.

Rozloha okresu Přerov je 854 km², jde o třetí největší okres Olomouckého kraje a svým územím se podílí na celkové rozloze Olomouckého kraje 16 %. Okres Přerov tvoří 105 obcí, to je nejvíce ze všech okresů kraje. Na jeho území žije přibližně 130 tisíc obyvatel. Větší část území zaujímá zemědělská půda, jejíž podíl je necelých 69 %.

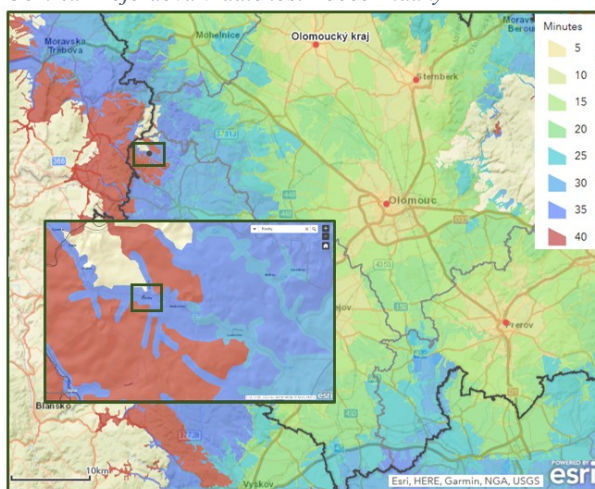
Vzdálenost k vybraným místům poskytování zdravotních služeb v oborech skupiny 1 je ve 44 % obcí v časovém intervalu 10 – 15 minut, to je 46 obcí. V dojezdové vzdálenosti od 5 do 10 minut se nachází více než 22 % obcí okresu, vzdálenost 15 – 20 minut musí překonat pojištěnci ČPZP z 24 obcí. Šest obcí okresu je v dojezdu k vybraným místům poskytování zdravotních služeb 5 minut. Nejdelším časovým úsekem pro skupinu 1 je v okrese Přerov časový interval od 20 do 25 minut, tento čas musí strávit dopravou za zdravotní péči obyvatelé pěti obcí. Více než 50 % obcí má dojezdovou dobu k poskytnutí péče ve skupině 2 do 20 minut, je to celkem 56 obcí.

V časovém intervalu od 20 do 30 minut se nachází 31 % obcí okresu (33) a v dojezdové vzdálenosti do 10 minut je 14 obcí. Pouze dvě obce jsou vzdáleny od vybraného smluvního pracoviště v časovém intervalu 30 až 40 minut (Jindřichov a Luboměř pod Strážnou). Obor dětské gynekologie zařazen ve skupině 3 je dostupný, pro obyvatelé 64 obcí, v časovém intervalu 20 – 40 minut a pro 41 obcí okresu v dojezdové době do 20 minut.

Okres Prostějov se nachází na jihozápadě Olomouckého kraje. Rozlohou 777 km² patří mezi menší okresy kraje a jeho území se podílí na celkové rozloze necelými 15 %. Větší polovinu celkové rozlohy tvoří zemědělská půda, a to 69 % (přičemž skoro 90 % z této výměry tvoří orná půda), lesy a lesní pozemky pokrývají 20 % celkové výměry. Okres je tvořen 97 obcemi, ve kterých žije přibližně 109 tisíc obyvatel. Z pohledu hustoty obyvatel tento okres patří mezi tři nejlidnatější okresy Olomouckého kraje.

Nejvíce obcí v okrese Prostějov je vzdálených od smluvních pracovišť zdravotních oborů skupiny 1 v časovém intervalu 10 – 15 minut, je to více než 30 % všech obcí. Druhou nejvíce zastoupenou dojezdovou vzdáleností je časový úsek 20 až 25 minut, ve kterém se nachází 18 obcí okresu, tedy přibližně 19 %. V čase od 5 do 10 minut musí strávit dopravou pojištěnci ČPZP z 16 obcí a stejný počet obcí je v dojezdu časového intervalu 15 až 20 minut. Do pěti minut od poskytnutí zdravotní péče daného oboru je jedna obec. V okrese Prostějov se nachází potom jedna obec s hraniční dojezdovou dobou do 35 minut, kterou je obec Kladky, jejíž lokalizace je zobrazena na obrázku 4.9.

Obr. 4.9 Dojezdová vzdálenost z obce Kladky



Zdroj: Esri (ArcGIS Online), Here.

Necelá polovina všech obcí okresu Prostějov je v dojezdové vzdálenosti od poskytovatelů specializované zdravotní péče zařazených ve skupině 2 od 10 do 20 minut. Ve vzdálenosti

daném časovým intervalem 20 – 30 minut se nachází potom 33 obcí, tedy 34 % obcí okresu. Obyvatelé 17 obcí, kteří jsou pojištěni u České průmyslové zdravotní pojišťovny, mají k vybraným smluvním pracovištím dojezdovou dobu do 10 minut. Nejdelší čas stráví na cestě za zdravotní péči této skupiny obyvatelé obce Kladky. Dostupnost zdravotní péče ze skupiny 3 je zajištěna ve dvou časových intervalech. Větší polovina (65 %) obcí okresu Prostějov se nachází v dojezdu 20 minut a 34 obcí je v dojezdové vzdálenosti mezi 20 až 40 minutami.

Ve střední části Olomouckého kraje se nachází okres Olomouc, který je největším okresem v kraji. Okres Olomouc se rozléhá na 1 608 km² a jeho území se podílí na celkové rozloze kraje 30 %. Lesní pozemky zde tvoří významný podíl, a to 31 % celkové výměry. V okrese Olomouc je nachází 98 obcí, ve kterých žije přibližně 234 tisíc obyvatel. V tomto okrese leží rovněž obec Libavá, která byla zahrnuta do území Vojenského újezdu Libavá. V této obci nejsou k 31. 12. 2018 evidováni žádní obyvatelé, z tohoto důvodu byla tato obec z hodnocení vyřazena.

Území okresu Olomouc je velmi rozlehlé, přesto více než 40 % obcí má dojezdovou dobu k vybraným poskytovatelům zdravotních služeb, zařazených do skupiny 1, v časovém intervalu od 10 – 15 minut, to je celkem 41 obcí okresu Olomouc. Vzdálenost od 5 do 10 minut musí překonat obyvatelé 25 obcí, tedy přibližně 26 % všech obcí. V časovém intervalu 15 – 20 minut od vybraných míst poskytování zdravotní péče je vzdáleno 16 % všech obcí kraje. Přibližně 8 % obcí okresu se nachází v dojezdu do 5 minut a 5 % obcí okresu v časovém intervalu od 20 do 25 minut. Nejdéle, tedy v čase 25 až 30 minut, stráví na cestě obyvatelé dvou obcí – Bouzov a Město Libavá. Více než 56 % všech obcí okresu Olomouc je vzdáleno od poskytnutí zdravotní péče v oborech ze skupiny 2 v časovém intervalu od 10 do 20 minut. V dojezdové vzdálenosti do 30 minut (časový úsek 25 – 30 minut) je přibližně 30 % obcí okresu, tedy 30 obcí. Pojištěnci ČPZP ze šesti obcí dojedou k vybraným smluvním pracovištím v čase do 10 minut. V dosahu 30 až 40 minut je 6 % všech obcí, zároveň jde o nejdelší časový interval skupiny 2. Obor dětské gynekologie ze skupiny 3 je dostupný pro 67 obcí, tedy 69 % všech obcí okresu, v čase 20 až 40 minut. Více než 22 % obcí je v dojezdu od smluvního pracoviště zdravotních služeb do 20 minut. Pouze osm obcí je v dojezdové vzdálenosti (časovém intervalu) od 40 do 60 minut.

Okres Šumperk se rozprostírá na rozloze 1 313 km², jeho území zaujímá z celkové rozlohy kraje 25 %. Jde o druhý největší okres Olomouckého kraje. Téměř polovinu

celkové výměry tvoří lesní pozemky (49 %). V okrese Šumperk bylo k 31. 12. 2018 evidováno 78 obcí, ve kterých žije kolem 120 tisíc obyvatel.

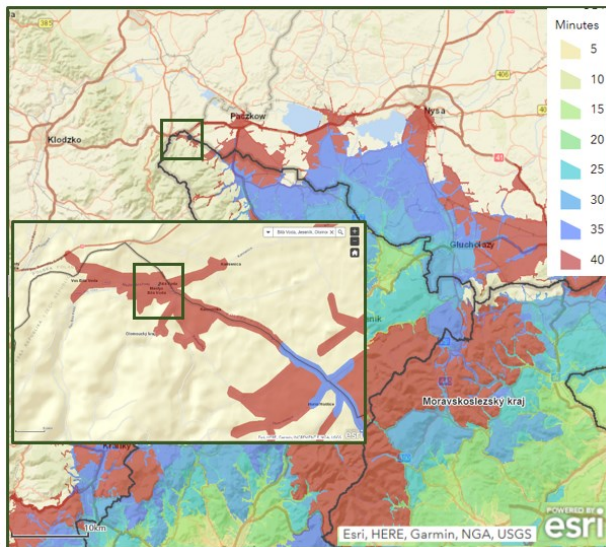
Dostupnost zdravotních služeb oborů zařazených do skupiny 1 je v okrese Šumperk ve více než 32 %, to je 25 obcí okresu, zajištěna ve vzdálenosti 10 – 15 minut. Za zdravotní péči dojede pojištěnec ČPZP z 30 % všech obcí okresu v čase od 5 do 10 minut. Téměř 18 % obcí se nachází v dojezdové vzdálenosti 15 – 20 minut. V časovém intervalu 20 – 25 minut se nachází pět obcí okresu Olomouc a v dojezdu 25 až 30 minut jsou dvě obce. Celkem šest obcí je v dosahu 5 minut, naopak nejdále to mají obyvatelé dvou obcí, obec Malá Morava a Staré Město, jejichž obyvatelé na cestě za zdravotní péči ze skupiny 1 stráví 30 až 35 minut, to je v hraniční dojezdové době. Nejvíce obcí okresu, přibližně 42 %, je vzdáleno od poskytovatelů zdravotních služeb poskytující péči v oborech ze skupiny 2 v časovém intervalu od 10 do 20 minut. V dojezdové vzdálenosti 20 – 30 minut se nachází více než 38 % obcí okresu. Celkem 10 obcí tohoto okresu má zajištěnou péči skupiny 2 v dojezdu 10 minut. K poskytnutí zdravotních služeb musí pět obcí z okresu Šumperk překonat vzdálenost 30 – 40 minut. Obor dětské gynekologie ze skupiny 3 je dostupný pro 44 obcí (56 % obcí okresu) v časovém intervalu 20 až 40 minut. Nejlepší dojezdovou dobu do 10 minut má celkem 33 obcí okresu Šumperk, naopak v nejdelším časovém intervalu (40 – 60 minut) se nachází pouze jedna obec, kterou je obec Vernířovice.

Nejmenším okresem Olomouckého kraje, je okres Jeseník, jehož území z velké části pokrývají lesy (přibližně 60 % celkové výměry). Okres se rozkládá na 719 km², podílí se tak na celkové rozloze kraje 14 %. Okres Jeseník tvoří 24 obcí (to je nejméně ze všech okresů) a žije zde 38 tisíc obyvatel.

Ve vzdálenosti 20 až 25 minut je dostupná péče oborů zařazených ve skupině 1 pro obyvatelé 6 obcí, tvoří 25 % obcí okresu. V časovém intervalu 15 – 20 minut je 21 % obcí a pro 17 % obcí je tato péče vzdálená od 5 do 10 minut. Pouze jedna obec je od poskytnutí zdravotní péče v dojezdu do 5 minut. Pro 12 % obcí okresu je zdravotní péče vzdálená v intervalu 25 až 30 minut. Obyvatelé dvou obcí musí překonat vzdálenost v časovém horizontu 10 – 15 minut, a také dvě obce mají dojezdovou dobu k poskytovatelům zdravotních služeb 30 až 35 minut. V modelovém příkladu s vybranými smluvními pracovišti zdravotní péče v případě jedné obce není dodržena stanovena maximální hranice dojezdové doby. Tímto místem je obec Bílá Voda, viz obrázek 4. 10. Při bližším prozkoumání bylo zjištěno, že pojištěnci ČPZP, kteří

případně žijí právě v této obci mají v dostupné vzdálenosti (do 10 minut) smluvní zařízení, zajišťující zdravotní péči v obou odbornostech zařazených do první skupiny a působí v obci Javorník.

Obr. 4.10 Dojezdová vzdálenost z obce Bílá Voda



Zdroj: Esri (ArcGIS Online), Here.

Zdravotní péče oborů zařazených ve skupině 2 je dostupná pro více než 37 % obcí v dojezdovém čase od 20 do 30 minut. V dojezdu do 10 minut je pět obcí okresu a v časovém intervalu od 10 - 20 minut se nachází osm obcí. V dostupné vzdálenosti 30 až 40 minut jsou vzdáleny pouze dvě obce (obec Bernatice a Bílá Voda). K poskytnutí péče v oboru gynekologie je 14 obcí v dojezdu 20 minut a 10 obcí v dojezdové vzdálenosti 20 až 40 minut.

V Olomouckém kraji bylo modelováním dostupnosti podle vybraných zdravotnických zařízení jednotlivých oborů zjištěno, že všechny obce tohoto kraje se nachází v dojezdové době, která je stanovena Nařízením vlády.

Souhrnně lze konstatovat, že dostupnost zdravotní péče v oborech zubního lékařství, gynekologie a porodnictví (skupina 1) je v Moravskoslezském kraji zajištěna v 61 % všech obcí v dojezdové vzdálenosti do 15 minut, přibližně 32 % obcí má dojezdovou dobu k vymezeným smluvním pracovištím do 25 minut a 7 % obcí kraje má dojezdovou dobu do 35 minut. Nejlépe jsou na tom obyvatelé okresu Karviná, neboť všechny obce v tomto kraji mají nejlepší dojezdovou dobu do 15 minut. Naopak nejméně příznivá je dojezdová doba v okrese Bruntál, kde 15 % obcí tohoto okresu je v dojezdové vzdálenosti nad 25 minut. V Olomouckém kraji je situace velmi obdobná. Většina obcí (65 %) má dojezdovou dobu do 15 minut, přibližně 28 % obcí je vzdáleno

od poskytovatelů zdravotních služeb do 25 minut a pouze 7 % ze všech obcí kraje má dojezdovou vzdálenost do 35 minut. V rámci Olomouckého kraje jsou na tom nejlépe okresy Olomouc a Přerov, kde více než 70 % obcí kraje má nejlepší dojezdovou dobu do 15 minut.

Dojezdová doba pro poskytování zdravotních služeb v oborech kardiologie, včetně dětské kardiologie, revmatologie (skupina 2) je v Moravskoslezském kraji ve většině obcí (74 %) do 20 minut. Necelých 24 % obcí je v dojezdové vzdálenosti do 40 minut a více než 2 % mají dojezdovou dobu nad 40 minut. Nejlepší dojezdovou dobu mají obyvatelé okresu Ostrava a Karviná, a to na více než 90 % svého území. Nejméně příznivou dojezdovou dobu má opět okres Bruntál, kde přibližně 40 % všech obcí okresu má dojezdovou vzdálenost nad 20 minut. Většina území Olomouckého kraje se nachází v dojezdové době do 20 minut, ve vzdálenosti do 40 minut je přibližně 37 % obcí a pouze jedna obec tohoto kraje má dojezdovou dobu nad 40 minut. Na většině území všech okresů je dojezdová doba do 20 minut.

Z pohledu dostupnosti oboru dětská gynekologie (skupina 3) je přibližně polovina území Moravskoslezského kraje v dojezdové době do 20 minut, s výjimkou okresu Bruntál, kde je tato dojezdová doba pouze u 9 % všech obcí a okresu Opava (30 %). Pro obyvatelé Olomouckého kraje je dostupnost tohoto oboru méně příznivá, neboť 57 % všech obcí je v dojezdové vzdálenosti do 40 minut.

Z pohledu legislativy, tedy Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti lze konstatovat, že místní dostupnost v obou krajích byla ve zkoumaném období zajištěna na celém jejich území.

5 Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na zajištění dostupnosti zdravotních služeb ve vybraných oblastech primární a specializované ambulantní péče v Moravskoslezském kraji a Olomouckém kraji, podle aktuálně platné legislativy ČR. Cílem této práce bylo zhodnocení dostupnosti zdravotní péče pro pojištěnce vybrané zdravotní pojišťovny a pro tento účel byla stanovena hypotéza „Místní dostupnost v obou hodnocených krajích ve zkoumaném období byla zjištěna v souladu s nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.“ Pro analýzu byla vybrána Česká průmyslová zdravotní pojišťovna a zkoumaným obdobím byl rok 2018. Analyzovanými daty byly údaje získané z veřejně dostupných zdrojů, a to Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb a informace zveřejněné na oficiálních stránkách České průmyslové zdravotní pojišťovny. Dostupnost zdravotní péče byla sledována v oborech zubního lékařství, gynekologie a porodnictví, kardiologie, dětské kardiologie, revmatologie a dětské gynekologie.

V úvodu diplomové práce byly nejdříve vymezeny základní pojmy zdravotních služeb, které lze zařadit do sektoru veřejných služeb a charakteristika systému zdravotní péče. Péče o zdraví, tedy také ochrana a podpora, jsou významnou součástí zdravotní politiky v České republice. Zdravotní péče je definována jako všechny činnosti, jejichž účelem je předcházení nebo zlepšení zdravotního stavu. Součástí strategických dokumentů zdravotní politiky je Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, jehož hlavním cílem je zabezpečení dostupné zdravotní péče pro všechny občany ČR bez rozdílu. Zdravotnický systém je ovlivňován zejména demografickým vývojem, neboť stárnutí populace má za následek nejen zvyšování veřejných výdajů na zdravotní péči, ale možný nedostatek zdravotnického personálu v budoucnu. Zdravotnický systém v České republice vychází z tzv. Bismarckova modelu, je tedy založen na solidaritě a dostupnosti zdravotní péče pro všechny občany. Zdravotní péče je v České republice financována převážně z veřejného zdravotního pojištění, jehož správou jsou pověřeny zdravotní pojišťovny. Veškeré vybrané pojistné je následně přerozdělováno podle nákladových indexů a nákladných hrazených služeb. Z pojistného jsou zdravotními pojišťovnami hrazeny zdravotní služby, které poskytují poskytovatelé zdravotních služeb. PZS, se kterými zdravotní pojišťovna uzavře smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb, tvoří smluvní síť zdravotní pojišťovny. Prostřednictvím této smluvní sítě, musí zdravotní pojišťovny svým pojištěncům zabezpečit poskytování

hrazených služeb, včetně místní a časové dostupnosti, podle nařízení vlády o místní a časové dostupnosti. V další části byly charakterizovány základní druhy a formy zdravotních služeb a vymezena způsobilost jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb.

Dostupnost zdravotní péče je obecně vnímána jako spravedlivě poskytovaná péče, tedy rovný přístup ke zdravotní péči pro všechny občany. Dostupnost lze sledovat z více pohledů, např. časová dostupnost vyjadřuje, jak dlouho musí pacient čekat na konkrétní zdravotní výkon, finanční dostupnost říká, zda je pacient schopen uhradit poskytnutou zdravotní péči. Místní dostupnost (nebo také geografická) byla předmětem této diplomové práce a vyjadřuje čas, který musí pacient strávit na cestě ke konkrétnímu zdravotnickému zařízení pro daný obor zdravotní péče. Důležitým faktorem je zde dopravní infrastruktura. Časová a místní dostupnost je vymezena nařízením vlády, která stanovuje maximální lhůty plánovaných hrazených služeb a maximální dojezdové doby k místu poskytnutí zdravotních služeb. Z údajů Českého statistického úřadu vyplývá, že v obou krajích, tedy jak v Moravskoslezském, tak i Olomouckém kraji počet lékařů roste. Za posledních 20 let se zvýšil počet lékařů v Moravskoslezském kraji o více než 30 % a v kraji Olomouckém dokonce o více než 47 %.

Zdravotní péče ve vybraných oborech byla zabezpečována pro pojištěnce České průmyslové zdravotní pojišťovny v Moravskoslezském kraji a Olomouckém kraji v roce 2018 prostřednictvím smluvních pracovišť. Tato pracoviště byla pro účely analýzy považována za samostatné zdravotnické zařízení, neboť někteří poskytovatelé zdravotních služeb poskytují zdravotní služby na více pracovištích, ve více oborech, a to i napříč okresy. V obou krajích podle typu poskytované péče očekávaně převažují smluvní pracoviště oboru zubního lékařství, tato pracoviště nejčastěji působí jako fyzické osoby. Právníky osobami jsou především poskytovatelé zdravotních služeb ve specializované ambulantní péči. Nejčastější právní formou těchto poskytovatelů zdravotních služeb je společnost s ručením omezeným. V jednotlivých okresech zastoupení smluvních pracovišť koresponduje s celkovými daty kraje. Nejvyšší zastoupení mají zdravotnická zařízení primární péče (obory zubního lékařství, gynekologie a porodnictví), v menší míře jsou zastoupeny pracoviště specializované ambulantní péče (obory kardiologie, revmatologie). Naopak nejméně se na celkovém počtu podílí dětská specializovaná ambulantní péče (obor dětské kardiologie nebo dětské gynekologie).

Zhodnocení zabezpečení místní dostupnosti bylo provedeno pomocí geografického informačního systému společnosti Esri (ArcGIS Online) a Here, jehož informace o silnicích a dopravě, ohodnocení silniční sítě byly integrovány do ArcGIS Online. Pomocí těchto softwarových nástrojů byla provedena prostorová analýza vycházející z nastavených podmínek podle nařízení vlády o místní a časové dostupnosti, konkrétně stanovených maximálních možných hranic pro dojezdovou vzdálenost konkrétního oboru. Jejimi parametry se staly automobilová doprava, den pondělí v čase 7 hodin ráno, vstupními daty byla stejná data, již použita pro analýzu fyzické dostupnosti ve třetí kapitole. Pro zjištění místní dostupnosti byly vymezeny tři skupiny podle dojezdové vzdálenosti, kde byly zařazeny obory zdravotní péče se stanovenou dojezdovou dobou. Pro každou takto vymezenou skupinu byly definovány časové úseky a intervaly. Pro modelování zjištění dostupnosti byla vybrána zdravotnická zařízení za každou skupinu v obcích nad 10 000 obyvatel, kde působí všechny obory zdravotní péče z této skupiny. Na základě takto nastavených parametrů byla vytvořena interaktivní mapa, pomocí níž bylo provedeno zhodnocení dostupnosti zdravotní péče ve vybraných oborech a ve všech okresech obou krajů. V oborech zubního lékařství, gynekologie a porodnictví je dostupnost zajištěna pro více než 60 % všech obcí v Moravskoslezském i Olomouckém kraji v dojezdové vzdálenosti do 15 minut. Dostupnost těchto oborů v dojezdové době do 35 minut má 7 % všech obcí v obou krajích. Zdravotní péče v oborech kardiologie (včetně dětské kardiologie) a revmatologie je dostupná na většině území obou krajů do 20 minut. V případě dostupnosti oboru dětské gynekologie, přibližně polovina území Moravskoslezského kraje je v dojezdové vzdálenosti do 20 minut. Méně příznivá je dostupnost tohoto oboru v Olomouckém kraji, kde více než polovina obcí je vzdálená do 40 minut. V Moravskoslezském a Olomouckém kraji nebylo zjištěno překročení vymezených dojezdových dob.

Prostorovou analýzou byla potvrzena stanovená hypotéza. Lze tak konstatovat, že místní dostupnost zdravotní péče byla v obou hodnocených krajích ve všech vybraných oborech zdravotní péče zjištěna v souladu s nařízením vlády o místní a časové dostupnosti.

Diplomová práce se zabývala místní dostupností z pohledu stanovených dojezdových dob v nařízení vlády o místní a časové dostupnosti. Jde tedy o potenciální dostupnost, neboť nelze jednoznačně tvrdit, že daný poskytovatel zdravotních služeb je povinen přijmout každého pacienta zdravotní pojišťovny, se kterou má uzavřenou

smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb. Naopak, velmi často se stává, že nejbližší smluvní zařízení z kapacitních důvodů již do péče dalšího pacienta nepřijímá, to se týká především oboru zubního lékařství. Tyto situace se zdravotní pojišťovny snaží řešit svou smluvní politikou, mezi jejíž nástroje patří např. také bonifikační programy. Snahou státu zlepšit dostupnost zdravotní péče v oboru zubního lékařství je také vyhlášení dotačního programu „Podpora zubních lékařů v oblastech s omezenou dostupností zdravotních služeb“, který pro období 2018 – 2021 zveřejnilo ministerstvo zdravotnictví ČR. Cílem tohoto programu je vytvoření nových míst poskytování stomatologické péče, které by v méně dostupných oblastech doplnily stávající smluvní síť PZS.

Seznam použité literatury

Odborná kniha

DOLANSKÝ, Hynek. *Preventivní prohlídky v primární ambulantní péči*. Praha: Raabe, 2019. 202 s. ISBN 978-80-7496-415-2.

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2019. 120 s. ISBN 978-80-271-0568-7.

PESTOFF, Victor. *Co-production and public service management: citizenship, governance and public service management*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2019. 204 p. ISBN 978-0-815-39504-1.

SVEJKOVSKÝ, Jaroslav, Petr VOJTEK a Lenka TESKA ARNOŠTOVÁ. *Zdravotnictví a právo*. V Praze: C. H. Beck, 2016. 456 s. ISBN 978-80-7400-619-7.

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 224 s. ISBN 97880-7357-503-8.

ČEVELA, Rostislav. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 159 s. ISBN 978-80-246-2938-4.

PEKOVÁ, Jitka. *Veřejný sektor, teorie a praxe v ČR*. Praha: Wolters Kluwer, 2019. 783 stran. ISBN: 978-80-759-8209-4.

SVOBODA, František. *Ekonomika veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2017, 279 s. ISBN 978-80-87865-35-4.

ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. 108 stran. ISBN: 978-80-246-3996-3.

VRABKOVÁ, Iveta, Ivana VAŇKOVÁ, Jiří BEČICA a Šárka KRYŠKOVÁ. *Príspevkové organizace: postavení, úkoly a technická efektivnost*. Ostrava: VŠB-TU Ostrava, 2017. 189 s. ISBN 978-80-248-4028-4.

STEJSKAL, Jan, Helena KUVÍKOVÁ, Beáta MIKUŠOVÁ MERIČKOVÁ a Veronika LINHARTOVÁ. *Teorie a praxe veřejných služeb*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2017, 259 s. ISBN 978-80-7552-726-4.

BENČO, Josef. *Veřejný sektor a veřejné služby*. 2. aktualizované vydání. Kunovice: Evropský polytechnický institut, 2012. 206 s. ISBN 978-80-7314-278-0 (CD-ROM).

VRABKOVÁ, Iveta a Ivana VAŇKOVÁ. *Evaluation models of efficiency and quality of bade care in hospitals*. SAEI, vol. 28, Ostrava: VŠB – TU Ostrava, 2015, 189 s. ISBN 978-80-248-2352-2.

JAROŠOVÁ, Darja. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2008. 107 s. ISBN 978-80-7368-605-5.

MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.

VOŽENÍLEK, Vít. *Geografické informační systémy*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998, 173 s. ISBN 80-7067-802-X.

MACHALOVÁ, Jitka. *Prostorově orientované systémy pro podporu manažerského rozhodování*. V Praze: C. H. Beck, 2007. C. H. Beck pro praxi. 141 s. ISBN 978-80-7179-463-9.

Elektronické dokumenty a ostatní

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ, 2020a). *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010-2018* [online]. ČSÚ [2. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2010-2018>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ, 2019b). *Statistická ročenka Moravskoslezského kraje 2019* [online]. ČSÚ [13. 1. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-moravskoslezskeho-kraje-2019>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ, 2019c). *Statistická ročenka Olomouckého kraje 2019* [online]. ČSÚ [13. 1. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-olomouckeho-kraje-2019>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ, 2019d). *Moravskoslezský kraj - časové řady*. [online]. ČSÚ [13. 1. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/casove-rady-za-moravskoslezsky-kraj>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ, 2019e). *Olomoucký kraj – časové řady*. [online]. ČSÚ [13. 1. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xm/casove-rady-vybrane-ukazatele-za-olomoucky-kraj>.

MINISTERSTVO ZRAVOTNICTVÍ ČR (MZ ČR, 2020a). *Zdraví 2030* [online]. MZ ČR [10. 1. 2020]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>.

MINISTERSTVO ZRAVOTNICTVÍ ČR (MZ ČR, 2020b). *Dostupnost hrazených služeb* [online]. MZ ČR [23. 11. 2019]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecí/obsah/dostupnost-hrazenych-sluzeb_3440_29.html.

MINISTERSTVO ZRAVOTNICTVÍ ČR (MZ ČR, 2020c). *Zůstatky na fondech zdravotních pojišťoven* [online]. MZ ČR [20. 2. 2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/zustatky-na-fondech-zdravotnich-pojistoven_2952_1.html.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR, 2019). *Zdravotnictví ČR: personální kapacity a odměňování 2018* [online]. ÚZIS ČR [13. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008281/nzis-rep-2019-e04-personalni-kapacity-odmenovani-2018.pdf>.

PORTÁL ČESKO V DATECH. *Dostupnost zdravotní péče v Česku* [online]. Česko v datech [23. 11. 2019]. Dostupné z: <https://www.ceskovdatech.cz/clanek/112-dostupnost-zdravotni-pece-v-cesku>.

HEALT CONSUMER POWERHOUSE (HCP, 2019). *Euro Health Consumer Index 2018* [online]. HCP [28. 2. 2020]. Dostupné z: <https://healthpowerhouse.com/publications>.

POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČR (PSP, 1996). *Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny na rok 1997* [online]. PSP ČR [20. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/eknih/1996ps/tisky/t011300a.htm>.

MAPOVÝ PORTÁL MĚSTA PLZNĚ (MPMP, 2013). *Úvod do GIS*. [online]. MPMP [20. 3. 2020]. Dostupné z: <https://mapy.plzen.eu/gis/o-gis/uvod-do-gis>.

PORTÁL ESRI. *ArcGIS Online - Creating maps*. [online]. ESRI [20. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.esri.com/cs-cz/arcgis/products/arcgis-online/capabilities/make-maps>.

ŠÍDLO, L., NOVÁK, M., ŠTYCH, P. a BURCIN, B. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče jako klíčového aspektu zdravotní péče v ČR*. [online]. Souhrnná studie. Univerzita Karlova. Přírodovědecká fakulta. Katedra demografie a geodemografie [25. 03. 2020]. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr>.

Zákon č. 48 ze dne 28. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 1185-1264. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

Nařízení vlády č. 307 ze dne 29. srpna 2012 o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 110, s. 3986-3992. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=307/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 280 ze dne 28. dubna 1992 o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 58, s. 1579-1582. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=280/1992&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

Zákon č. 592 ze dne 20. listopadu 1992 o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 119, s. 3558-3565. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=592/1992&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

Seznam zkratek

ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
EHCI	Euro Health Consumer Index
EU	Evropská unie
GIS	Geografický informační systém
GPS	Global Positioning System
HCP	Health Consumer Powerhouse
HDP	Hrubý domácí produkt
IČ	Identifikační číslo organizace
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NRPZS	Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb
OBZP	Osoba bez zdanitelných příjmů
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
PO	Příspěvková organizace
PO ÚSC	Příspěvková organizace územně samosprávného celku
PSČ	Poštovní směrovací číslo
PSP	Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
RBP	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistik ČR
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPMV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR
ZPŠ	Zdravotní pojišťovna Škoda
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- беру на вѣдомі, že odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- беру на вѣдомі, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 21. dubna 2020


.....
Bc. Martina Krístková

Seznam příloh

Příloha 1 Místní dostupnost vyjádřená prostřednictvím dojezdových dob

Příloha 2 Počet obyvatel Moravskoslezského kraje k 31. 12. 2018

Příloha 3 Počet obyvatel Olomouckého kraje k 31. 12. 2018

Příloha 4 Příklad vrstev v základních modelech v GIS

Příloha 5 Příklad lokalizace více PZS ve stejném bodě

Příloha 6 Hranice dostupnosti skupiny 1 dle časového intervalu 0 – 5 a 5 – 10 minut

Příloha 7 Počet obcí v okresech podle dojezdové vzdálenosti

Příloha 1 Místní dostupnost vyjádřená prostřednictvím dojezdových dob

Obor nebo služba ambulantních PZS	Dojezdová doba (v minutách)
všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost	35
gynekologie a porodnictví	
zubní lékařství	
lékárna	
diabetologie, chirurgie, urologie, vnitřní lékařství, ortopedie	45
oftalmologie, otorinolaryngologie	
radiologie a zobrazovací metody (ultrazvuk, skiografie, rentgen)	
rehabilitační a fyzikální medicína, fyzioterapie	
gastroenterologie, kardiologie, revmatologie, hemodialýza	60
pneumologie a ftizeologie, hematologie a transfúzní lékařství	
psychiatrie, psychologie, logopedie a dermatovenerologie	
alergologie a klinická imunologie, angiologie	
endokrinologie, nefrologie, klinická onkologie	90
dětská chirurgie, dětská neurologie, ortodoncie	
dětská a dorostová psychiatrie, počítačová tomografie	
počítačová tomografie	
dětská gynekologie, foniatrie a audiologie	120
radiační onkologie, magnetická resonance	
nukleární medicína, lékařská genetika	
kardiochirurgie, cévní chirurgie, neurochirurgie	
infekční lékařství, plastická chirurgie, sexuologie, geriatrie	
Obor nebo služba lůžkových PZS	Dojezdová doba (v minutách)
anesteziologie a intenzivní medicína	60
gynekologie a porodnictví	
neonatologie, dětské lékařství, chirurgie, vnitřní lékařství	
dlouhodobá péče (ošetřovatelská péče)	
neurologie, ortopedie, urologie	75
pneumologie a ftizeologie	
rehabilitační a fyzikální medicína (akutní lůžková péče)	
traumatologie, klinická onkologie, dermatovenerologie	
infekční lékařství, oftalmologie, otorinolaryngologie	120
psychiatrie, následná lůžková péče (léčebně rehabilitační péče)	
kardiochirurgie, cévní chirurgie, neurochirurgie	
radiační onkologie	
geriatrie	180

Zdroj: Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. Vlastní zpracování.

Příloha 2 Počet obyvatel Moravskoslezského kraje k 31. 12. 2018

Kraj, okres	Počet obyvatel celkem	z toho ve věku		
		0-14	15-65	65+
Moravskoslezský kraj	1 203 299	183 324	783 759	236 216
<i>Bruntál</i>	92 018	13 457	59 508	19 053
<i>Frýdek-Místek</i>	214 187	33 701	139 347	41 139
<i>Karviná</i>	247 887	35 642	162 669	49 576
<i>Nový Jičín</i>	151 680	24 175	98 502	29 003
<i>Opava</i>	176 254	27 757	114 612	33 885
<i>Ostrava-město</i>	321 273	48 592	209 121	63 560
Kraj, okres	Počet žen celkem	z toho ve věku		
		0-14	15-65	65+
Moravskoslezský kraj	612 783	89 093	384 138	139 552
<i>Bruntál</i>	46 457	6 422	29 005	11 030
<i>Frýdek-Místek</i>	108 483	16 369	68 070	24 044
<i>Karviná</i>	125 997	17 356	78 986	29 655
<i>Nový Jičín</i>	76 892	11 779	48 211	16 902
<i>Opava</i>	89 862	13 498	56 452	19 912
<i>Ostrava-město</i>	165 092	23 669	103 414	38 009
Kraj, okres	Počet mužů celkem	z toho ve věku		
		0-14	15-65	65+
Moravskoslezský kraj	590 516	94 231	399 621	96 664
<i>Bruntál</i>	45 561	7 035	30 503	8 023
<i>Frýdek-Místek</i>	105 704	17 332	71 277	17 095
<i>Karviná</i>	121 890	18 286	83 683	19 921
<i>Nový Jičín</i>	74 788	12 396	50 291	12 101
<i>Opava</i>	86 392	14 259	58 160	13 973
<i>Ostrava-město</i>	156 181	24 923	105 707	25 551

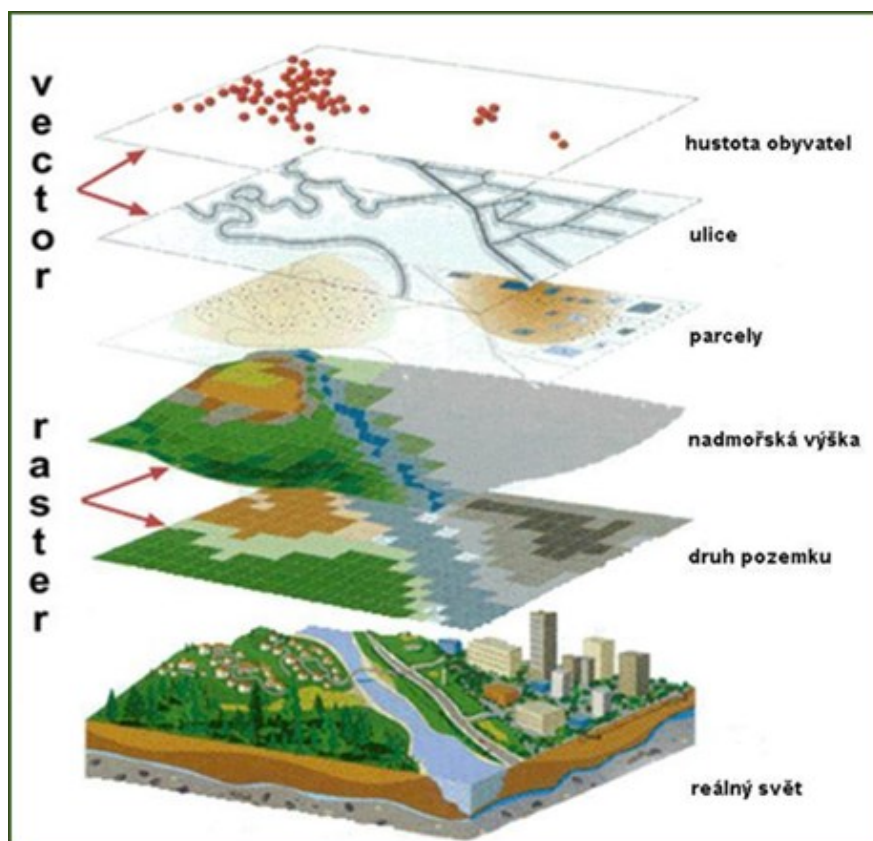
Zdroj: ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Statistická ročenka Moravskoslezského kraje 2019. Vlastní zpracování.

Příloha 3 Počet obyvatel Olomouckého kraje k 31. 12. 2018

Kraj, okres	Počet obyvatel celkem	z toho ve věku		
		0-14	15-65	65+
Olomoucký kraj	632 492	98 361	406 113	128 018
<i>Jeseník</i>	38 330	5 406	24 759	8 165
<i>Olomouc</i>	234 939	38 314	150 676	45 949
<i>Prostějov</i>	108 587	16 972	69 543	22 072
<i>Přerov</i>	129 925	19 236	84 037	26 652
<i>Šumperk</i>	120 711	18 433	77 098	25 180
Kraj, okres	Počet žen celkem	z toho ve věku		
		0-14	15-65	65+
Olomoucký kraj	322 872	48 130	199 720	75 022
<i>Jeseník</i>	19 287	2 705	11 864	4 718
<i>Olomouc</i>	120 516	18 695	74 876	26 945
<i>Prostějov</i>	55 623	8 344	34 248	13 031
<i>Přerov</i>	66 096	9 338	41 046	15 712
<i>Šumperk</i>	61 350	9 048	37 686	14 616
Kraj, okres	Počet mužů celkem	z toho ve věku		
		0-14	15-65	65+
Olomoucký kraj	309 620	50 231	206 393	52 996
<i>Jeseník</i>	19 043	2 701	12 895	3 447
<i>Olomouc</i>	114 423	19 619	75 800	19 004
<i>Prostějov</i>	52 964	8 628	35 295	9 041
<i>Přerov</i>	63 829	9 898	42 991	10 940
<i>Šumperk</i>	59 361	9 385	39 412	10 564

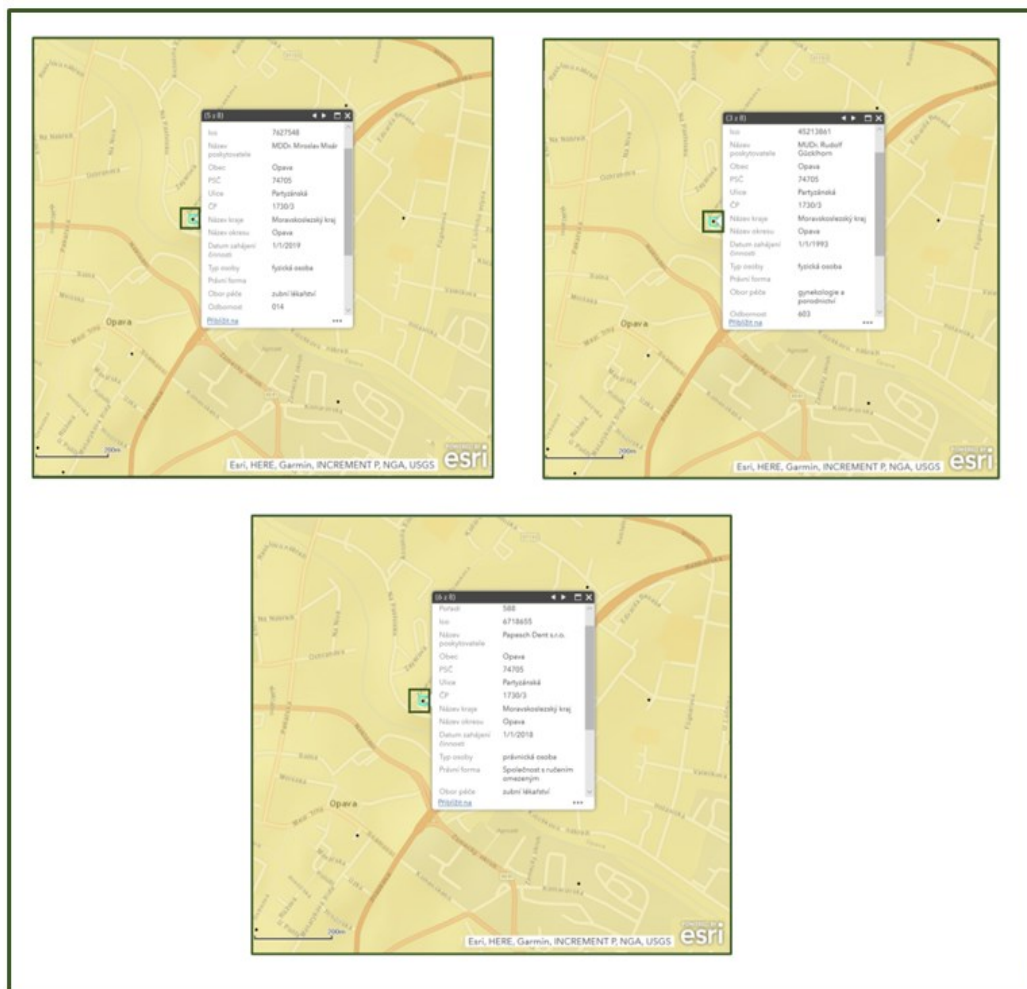
Zdroj: ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Statistická ročenka Olomouckého kraje 2019. Vlastní zpracování.

Příloha 4 Příklad vrstev v základních modelech v GIS



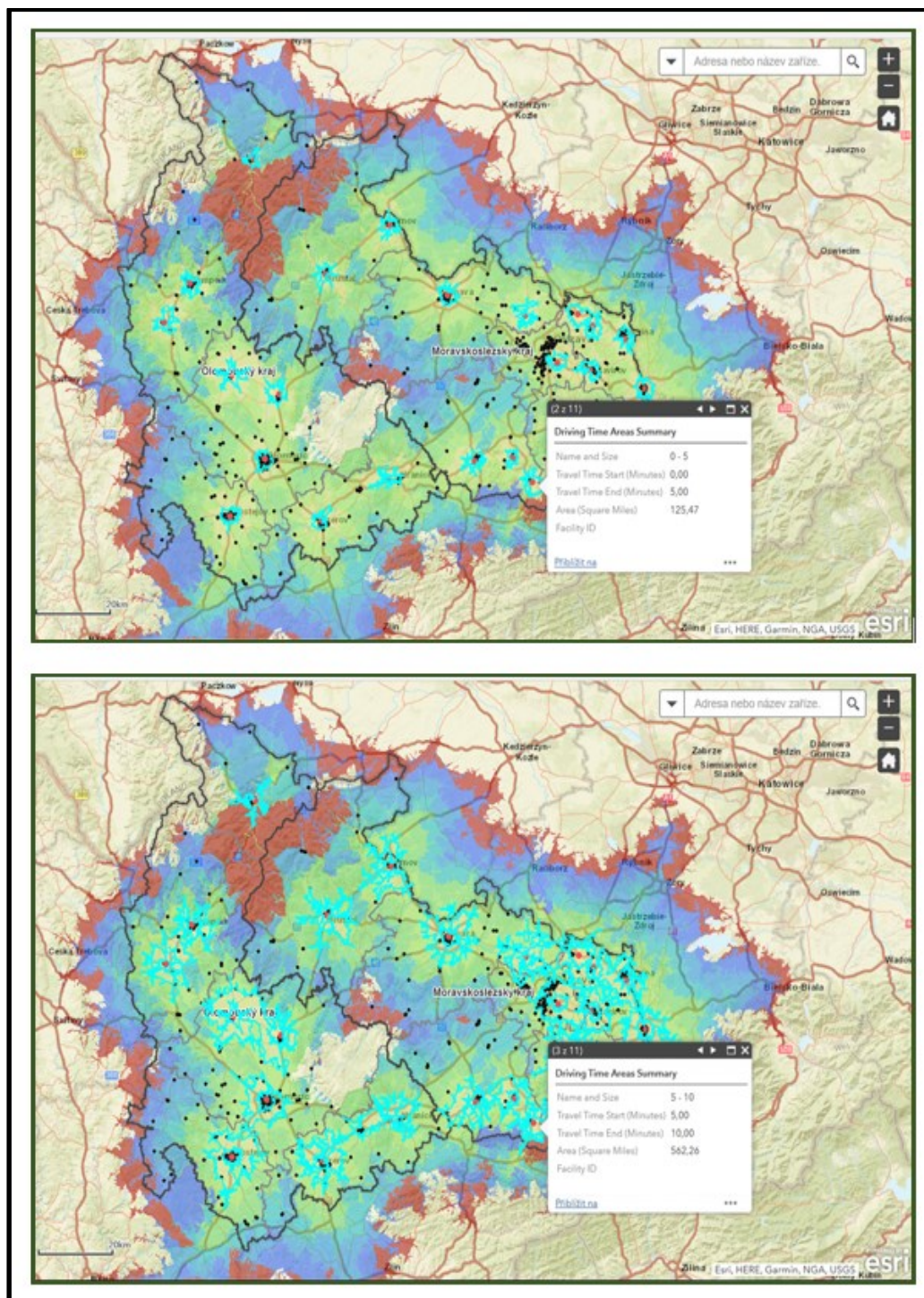
Zdroj: Mapový portál města Plzně.

Příloha 5 Příklad lokalizace více PZS ve stejném bodě



Zdroj: Esri (ArcGIS Online), Here.

Příloha 6 Hranice dostupnosti skupiny 1 dle časového intervalu 0 – 5 a 5 – 10 minut



Zdroj: Esri (ArcGIS Online), Here.

Příloha 7 Počet obcí v okresech podle dojezdové vzdálenosti

Časový interval	Počet obcí v okresech podle dojezdové vzdálenosti										
	Moravskoslezský kraj						Olomoucký kraj				
	Bruntál	Frýdek-Místek	Karviná	Nový Jičín	Opava	Ostrava	Jeseník	Olomouc	Prostějov	Přerov	Šumperk
Skupina 1											
0-5	3	5	7	5	4	1	1	8	1	6	6
5-10	14	26	9	16	20	3	4	25	16	24	24
10-15	12	25	1	7	24	1	2	41	30	46	25
15-20	18	10	0	14	15	7	5	16	16	24	14
20-25	10	3	0	11	8	1	6	5	18	5	5
25-30	7	3	0	1	5	0	3	3	15	0	2
30-35	3	0	0	0	1	0	2	0	1	0	2
35-40	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Skupina 2											
0-10	10	21	9	10	8	1	5	6	17	14	10
10-20	29	40	7	31	43	12	8	55	46	56	33
20-30	14	9	1	11	25	0	9	30	33	33	30
30-40	6	2	0	2	1	0	2	6	1	2	5
40-50	8	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
50-60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60-70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Skupina 3											
0-20	6	57	16	33	23	13	14	22	63	41	33
20-40	34	15	1	21	48	0	10	67	34	64	44
40-60	27	0	0	0	6	0	0	9	0	0	1
60-80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80-100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
100-120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
120-130	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: ČSÚ; Esri (ArcGIS Online), Here. Vlastní zpracování.